

Sundhedsfaglige elementer som grundlag
for pakkeforløb for
BRYSTKRÆFT



Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af arbejdsgruppe i 2007

Godkendt af Kræftstyregruppen, december 2007

Det faglige grundlag er baseret på
”Rekommandationer vedrørende inoperabel brystkræft”,
DMCG (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper)

Forord

Regeringen og Danske Regioner indgik den 12. oktober 2007 en aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Af aftalen fremgår, at der inden udgangen af 2008 skal beskrives og indføres pakkeforløb for alle kræftformer. De sundhedsfaglige elementer er det fælles faglige grundlag for pakkeforløbene.

Målet med pakkeforløb er at tilbyde patienterne optimal udredning og behandling for at forkorte forløbet og derigennem forbedre prognosen, forbedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid, hvor man ikke kender årsagen.

Pakkeforløbene baseres på de til enhver tid senest opdaterede landsdækkende kliniske retningslinier. Med udgangspunkt i retningslinierne har kliniske arbejdsgrupper i regi af Sundhedsstyrelsen og Kræftstyregruppen udarbejdet nationale sundhedsfaglige elementer til anvendelse i pakkeforløb for hver enkelt kræftform.

De sundhedsfaglige elementer er på mange måder forskellige, og arbejdsgruppernes udfordringer har også været forskellige. Som med kliniske retningslinjer generelt gælder, at de sundhedsfaglige elementer opdateres med jævnlige mellemrum. De sundhedsfaglige elementer beskriver patientforløbet fra kontakten med egen læge til rehabilitering. Samtidig er der udarbejdet en række papirer, der beskriver generelle forhold i relation til fx rehabilitering, palliation, pleje og omsorg samt patientinformation. De sundhedsfaglige elementer er i videst muligt omfang baseret på klar evidens, og hvor der ikke er klar evidens, efterlader de et spillerum for lokale løsninger, i det omfang at det er fornuftigt.

Alle kliniske arbejdsgrupper er gået meget positivt ind i opgaven og har klart støttet den. Dertil kommer at arbejdet har givet anledning til meget nyttige og frugtbare diskussioner i de enkelte arbejdsgrupper. Stor tak til alle for den store indsats.

Arbejdet for de første 4 kræftformer er ved vejs ende, og der venter nu i 2008 udarbejdelsen af pakkeforløb for de resterende kræftformer, og dermed er der taget et vigtigt skridt videre i arbejdet med at sikre ensartede tilbud til patienter i hele landet og bedre og mere helhedspræget behandling til patienterne.

Lone de Neergaard
Planlægning

BRYSTKRÆFT

PAKKEFORLØB

OPLÆG FRA EN ARBEJDSGRUPPE UNDER SUNDHEDSSTYRELSEN

NOVEMBER 2007

Revideret 30. november 2007

ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING

Denne forløbsbeskrivelse for brystkræft er udarbejdet af en arbejdsgruppe bestående af følgende personer med angivelse af hvem de repræsenterer anført i kursiv:

Cheflæge Peter Frandsen	<i>Region Syddanmark Odense Universitetshospital</i>
Koordinerende overlæge Lisbeth Kallestrup	<i>Region Midtjylland Mammografiscreeningsprojektet</i>
Overlæge Jens Peter Garne	<i>Region Nordjylland Mammakirurgisk afdeling, Aalborg Sygehus</i>
Overlæge Anne Pedersen	<i>Region Sjælland Ringsted Sygehus</i>
Overlæge Eva Balslev	<i>Region Hovedstaden Patologisk afdeling, Herlev Hospital</i>
Overlæge Birgitte Bruun Rasmussen	<i>DBCG Patologiafdelingen, Hillerød Sygehus</i>
Professor Henning Mouridsen	<i>DBCG Onkologisk klinik, Rigshospitalet</i>
Overlæge Ilse Vejborg	<i>DBCG Radiologisk afdeling, Rigshospitalet</i>
Overlæge Marie Overgaard	<i>DBCG Onkologisk afdeling, Århus Sygehus</i>
Overlæge Peer Christiansen ¹	<i>DBCG Sektion for Mamma- og Endokrinkirurgi, Kirurgisk afdeling P, Århus Sygehus</i>
Overlæge Torben Palshof	<i>DMCG.dk Onkologisk afdeling, Århus Sygehus</i>
Praksiskoordinator Per Grindsted	<i>DSAM Region Syd</i>
Enhedschef Lone de Neergaard	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Planlægning</i>
Afdelingslæge Ole Andersen	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Planlægning</i>
Specialkonsulent Lisbeth Høeg-Jensen	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Planlægning</i>
Fuldmægtig Naja Holten Møller	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Planlægning</i>
Assisterende læge Helene Bilsted Probst	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Planlægning</i>
Enhedschef Niels Hermann	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Monitorering og Patientvisitation</i>
Fuldmægtig Martin Grønberg Johansen	<i>Sundhedsstyrelsen Enhed for Monitorering og Patientvisitation</i>
Chefkonsulent Andreas Juul Sørensen	<i>Indenrigs- og sundhedsministeriet Kræftenheden</i>

¹ Formand for arbejdsgruppen

AFGRÆNSNING (SYGDOMSKATEGORI)

Denne beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for brystkræft omfatter alle patienter, hvor der på baggrund af symptomer eller fund ved screeningsmammografi er rejst mistanke om brystkræft.

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG) har på deres hjemmeside (www.dbcg.dk) et sæt kliniske retningslinier, der omfatter diagnostik og behandling af primær brystkræft og behandling af lokalt recidiv. Disse evidensbaserede retningslinier bliver løbende opdateret efter en fast skabelon, der også er tilgængelig på hjemmesiden. I det følgende vil referencer til DBCG's retningslinier blive markeret med kapitelhenvisning i en parentes.

Nedenstående beskrivelse af patientforløb forudsætter, at patienten gennemgår et udrednings- og behandlingsforløb, der ikke forlænges pga. af f.eks. patientønsker eller pga. forhold, der knytter sig til komorbiditet, som eksempelvis ekstra udredning, og behandlingsjustering m.v. Sådanne forhold skal lede til at "uret går i stå" og monitoreringen skal kunne tage højde for dette. Tilsvarende kan specifikke krav til behandlingen, som f.eks. at indgrebet skal udføres med plastikkirurgiske assistance, medføre, at tidsfristerne ændres og der indlægges "hvileperioder" i forløb.

PRÆHOSPITALSFASE

INDHOLD

RISIKOGRUPPER OG ALARMSYMTOMER

I nedenstående situationer er der klinisk begrundet mistanke om brystkræft, og såfremt et eller flere af disse symptomer er til stede, vil patienten kunne henvises til subakut udredning og behandling:

- Palpatorisk suspekt tumor
- Nytilkommen papilretraktion
- Nytilkommen hudindtrækning,
- Pamil-areolaeksem/ulceration (obs.Mb. Paget)
- Klinisk suspekter aksillære lymfeknuder
- Billeddiagnostisk suspekt forandring*
- Søgen efter ukendt primær tumor (aksilmetastaser påvist).

* Eksempelvis fundet ved mammografiscreening eller ved undersøgelse hos privat praktiserende radiolog.

Patienter i DBCGs prioriteringsgruppe 2 med palpatorisk benign tumor eller blodig/serøs sekretion vil *ikke* blive tilbudt subakut udredning, men hører ind under behandlingsgarantien på 1 måned.

HENVISNING

Ved mistanke om brystkræft henvises patienten til udredning jf. retningslinierne for "Det integrerede diagnostiske system"¹. Udredning foretages her af et team bestående af radiolog, patolog og kirurg med fagområdekompeter indenfor mammadiagnostik og behandling.

I hvert brystcenter er der en central bookingsansvarlig person i den radiologiske eller kirurgiske afdeling, som henvendelse skal rettes til. Hertil foretages opringning fra den praktiserende læge

samtidig med, at der sendes en elektronisk henvisning (vedr. indhold af henvisningen se nedenfor). Den bookingansvarlige skal ved den telefoniske henvendelse umiddelbart booke patienten til primær billeddiagnostik eller klinisk vurdering hos kirurg afhængig af lokale aftaler i brystcentret.

Brystkræft hos unge kvinder under 30 år og hos mænd er en sjælden diagnose, og størsteparten af de henviste vil kunne afsluttes uden billeddiagnostik i kirurgisk regi. Hos kvinder over 75 år skal opsporing af subklinisk cancer ikke tilstræbes. Billeddiagnostik er derfor mindre afgørende, og sikker diagnose kan ofte opnås ved palpationsvejledt biopsi.

KRAV TIL INDHOLD I HENVISNING OG SAMARBEJDE MED PRAKSIS

En forudsætning for et hurtigt forløb er, at henvisningen fra den praktiserende læge eller anden henvisende instans indeholder oplysninger om tilstedeværelse af et eller flere af ovenstående fund og symptomer, hvor der er begrundet mistanke om brystkræft.

Henvisningen fremsendes elektronisk til den radiologiske afdeling. Såvel henvisende læges som patientens mobiltelefonnummer (evt. stationære telefonnummer) skal fremgå af henvisningen. Der må lokalt udfærdiges klare aftaler om hvem, der skal kontakte patienten for at sikre at undersøgelsestidspunkt og sted bliver formidlet til patienten.

Patienten må af egen læge være orienteret om mistanken om brystkræft forud for påbegyndelsen af det subakutte forløb. I forbindelse hermed udleveres relevant informationsmateriale stillet til rådighed fra brystcentret og spørgeskema til patienten.

BESLUTNING

Henvisning til subakut udredning og eventuel behandling jf. pakkeforløbet kan foretages, hvis et af ovennævnte syv fund og symptomer er til stede.

ANSVARLIG

Egen læge eller anden henvisende instans.

DIAGNOSTISK FASE

INDHOLD

UNDERSØGELSESPROCESSEN I DETALJER

Det bærende princip i den diagnostiske udredning ved mistanke om brystkræft er triple testen, der består af klinisk undersøgelse, mammografi og/eller ultralydsscanning af brystet samt nålebiopsi (finnåls- og/eller grovnålsbiopsi – kap. 2.1.4). Udredningen må foretages/superviseres af speciallæger med fagområdekompetence indenfor mammadiagnostik og behandling.

Undersøgelingsprogrammet omfatter (kap. 2.2):

- Billeddiagnostik
 - Hos kvinder over 30 år: mammografi og ultralydsscanning (UL) af bryst og armhule.
 - Hos kvinder op til 30 år: UL af bryst og armhule evt. kombineret med mammografi.
- Biopsi: finnål og/eller grovnål jf. centrets retningslinier. Udføres UL- eller stereotaktisk vejledt eller i forbindelse med palpation.

- Klinisk brystundersøgelse inkl. problemorienteret anamnese.

I hovedparten af tilfælde, hvor den primære undersøgelse af patienten foretages i radiologisk regi, udføres billeddiagnostik og biopsitagning i en seance, og den kliniske undersøgelse foretages af radiologen forud for en evt. biopsitagning. I de tilfælde hvor billeddiagnostik ikke definitivt afkræfter mistanken om malignitet følges undersøgelsen op med vurdering i det mammakirurgiske ambulatorium.

FASTLÆGGELSE AF DIAGNOSE OG STADIEINDELING

Det integrerede diagnostiske team afholder dagligt konsensuskonferencer med henblik på endelig tolkning af udfaldet af triple testen og behov for evt. supplerende undersøgelser.

INFORMATION AF PATIENTEN

Information til patienten om den endelige diagnose og mulige behandlingsforslag gives af kirurgen i det mammakirurgiske ambulatorium. Patienten opfordres til at have en ledsager med ved samtalen.

Patienter, der uden biopsitagning kan afsluttes i radiologisk regi, informeres om diagnosen i radiologisk afdeling.

OBLIGATE MEDLEMMER AF TEAM

Teams i den diagnostiske udredning ved mistanke om brystkræft er organiseret efter de retningslinier, der er udstukket i Sundhedsstyrelsens redegørelser fra 1994 og 1999 for "Det integrerede diagnostiske system", og det er kendetegnet ved et tværfagligt samarbejde mellem primærsektor (almen praksis og speciallægepraksis) på den ene side og *radiolog, kirurg og patolog* på den anden side ud fra fælles retningslinier. Dette er også udførligt beskrevet i DBCG's retningslinier (kap. 2.1).

FORSALG TIL MÅLEPUNKTER

- Dato for modtaget henvisning
- Dato for billeddiagnostik og biopsitagning
- Dato for afgivelse af patologisvar
- Dato for informeret samtykke.

BESLUTNING

Såfremt der er konsensus om malignt udfald af triple testen, er der i de fleste tilfælde det fornødne grundlag for at træffe beslutning om valg af behandlingstype, og patienten kan derfor umiddelbart informeres.

ANSVARLIG

Forløbsansvaret ligger hos radiologen, indtil kvinden er udredt på radiologisk afdeling. Såfremt det ved den billeddiagnostiske udredning er klart, at der er tale om benigne forandringer kan kvinden afsluttes i radiologisk regi.

Patienter, hvor der efter den billeddiagnostiske udredning, fortsat er mistanke om brystkræft henvises til brystkirurgisk afdeling. Forløbsansvaret for patienten overgår herefter til kirurgisk afdeling. Det vil ofte være hensigtsmæssigt, at kvinder, der som led i triple-testen, har fået foretaget biopsi i radiologisk regi, også overgår til kirurgisk afdeling, selvom malignitetsmistanken er beskeden efter den foretagne udredning. Ved triple-konsensus for en benign forandring kan asymptomatiske kvinder (f.eks. fra screeningspopulationen) evt. afsluttes i radiologisk regi.

Den specialeansvarlige kirurg eller en substitut herfor fungerer som teamleder i det integrerede diagnostiske team. Hver af de samarbejdende afdelinger (radiologisk, kirurgisk og patologisk) udpeger en speciallæge, der er ansvarlig for afdelingens involvering i teamet.

I hvert team udpeges en sekretær som officiel kontaktperson til teamet. Dette vil som regel være en sekretær, der er knyttet til det mammakirurgiske ambulatorium. Tilsvarende er der i den mammadiagnostiske enhed en sekretær, der fungerer som primær kontaktperson og bookingansvarlig vedr. forløbene forud for den første billeddiagnostiske undersøgelse og for de tilfælde, hvor mistanken om brystkræft kan afkræftes ved den billeddiagnostiske undersøgelse.

TIDSKRAV

Ventetid fra henvisning fra egen læge er modtaget til billeddiagnostik må maksimalt udgøre 2 hverdage. Ved henvisninger modtaget senere end normal dagtid² medregnes ventetiden først fra førstkommande hverdag. Kvinder med positive screeningsfund kontaktes fra screeningsenheden via almindeligt brev, som kun udsendes på mandage, tirsdage, onsdage samt evt. lørdage. Der tilbydes klinisk mammografi indenfor 5 hverdage, fra hun har modtaget svar på positivt fund ved screening. Der er ikke defineret et minimalt tidsrum for ventetid til billeddiagnostik.

Svar til patienten (i det mammakirurgiske ambulatorium) afgives senest 5 hverdage efter biopsitagning, hvis præparatet er modtaget inden kl. 13.30 i patologisk afdeling. Svaret til patienten afgives først efter konsensuskonference. Baggrunden for disse maksimale ventetider er behovet for tid til de patologiske undersøgelser. Dette er nærmere beskrevet i et generelt notat fra Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi (DSPAC) som er udmøntet i bilag 2. Der angives ikke minimale svartider for cytologi. For grovnålsbiopsi er den minimale svartid en dag, hvilket forudsætter, at der ikke kan gives svar på immunfarvning.

PRIMÆR BEHANDLING

INDHOLD

HOVEDGRUPPER AF KLINISKE STANDARD BEHANDLINGSFORLØB

Efter udredning vil patientpopulationen kunne opdeles i en stor gruppe omfattende 85-90% af alle tilfælde, som er tilgængelig for kurativ behandling og dermed operable. De resterende patienter vil enten have lokal fremskreden eller dissemineret sygdom og vil derfor ikke kunne opereres primært.

² Det er arbejdsgruppens forventning, at Sundhedsstyrelsen kommer med generelle definitioner på dette område.

Operation for brystkræft omfatter et indgreb i brystet i form af mastektomi eller lumpektomi (brystbevarende operation) og operation af aksillen med sentinel node biopsi og/eller aksilrømning (kap. 4). I nogle tilfælde udføres såkaldt onkoplastisk indgreb eller mastektomi med umiddelbar rekonstruktion. Ved disse operationer medvirker som regel en plastikkirurg. Som regel kan den samlede kirurgiske behandling udføres i en seance.

For primært operable patienter er der følgende behandlingsmuligheder:

- *Primær operation efterfulgt af systemisk behandling og strålebehandling.* Det er dog ikke alle patienter, der skal igennem alle behandlingsmodaliteterne. Lavrisikogruppen (kap. 8.4.2), der udgøres af de patienter, der ikke har nogen form for spredning og har tumorer mindre end eller lig med to cm med favorable tumor karakteristika i øvrigt (hormonreceptor positive, HER-2 negative, malignitetsgrad 1) og som er 35 år eller ældre, tilbydes ikke systemisk behandling og kun strålebehandling, hvis der er foretaget brystbevarende operation. Lavrisikogruppen udgør knapt 20%.
- *Primær systemisk behandling efterfulgt af operation og strålebehandling.* Der gives i disse tilfælde 3-4 måneders behandling med kemoterapi eller antiøstrogen terapi mhp. at begrænse tumorens udbredning og dermed bl.a. at øge muligheden for brystbevarende behandling.

For primært inoperable patienter med lokalavanceret brystkræft behandles sædvanligvis først systemisk med kemoterapi evt. antiøstrogen terapi. Bliver patienten under denne behandling operabel udføres operation efter de sædvanlige principper.

DE HYPPIGST OPSTÅEDE KOMPLIKATIONER

De umiddelbare komplikationer til det kirurgiske indgreb omfatter:

- Blødning, som kræver re-operation med mulig forlængelse af forløbet, forekommer hos 1-4%².
- Infektion i et omfang, som potentielt forlænger forløbet, forekommer hos ca. 1-5%².
- Seromdannelse. Her foreligger ikke data, som tillader nærmere angivelse af, hvor ofte langvarig seromdannelse forårsager forsinkelse af igangsætning af adjuverende terapi.

Optræder sådanne komplikationer vil det som regel medføre, at patienten ikke kan følge det standardiserede pakkeforløb, og monitoreringsmæssigt skal der derfor være mulighed for at markere, at forløbet afviger fra "pakken".

De sene komplikationer efter operation og anden behandling herunder specielt strålebehandling udgøres af:

- Bevægeindskrænkning
- Smerter
- Føleforstyrrelser
- Lymfødem.

Sene komplikationer har ikke umiddelbar indflydelse på det primære pakkeforløb og omtales derfor ikke yderligere i denne sammenhæng.

INFORMATION AF PATIENTEN

Ved afslutning af det kirurgiske forløb, når den endelige vurdering fra patologen foreligger, modtager patienten i det mammakirurgiske ambulatorium besked om det samlede resultat ved en samtale med kirurgen (statussamtale). Der opfordres til, at patienten har en ledsager med ved samtalen. Her skitseres den efterfølgende behandling i de tilfælde, hvor det er aktuelt, og hvis ikke aftales det fremtidige kontrolprogram. Der bookes tid til samtale i onkologisk afdeling.

FORSLAG TIL MÅLEPUNKTER

- Dato for operation
- Dato for afgivelse af patologisvar
- Dato for information af patienten om det samlede resultat.

BESLUTNING

Beslutning om primær behandlingstype træffes ved afslutningen af den diagnostiske udredning. Ved afslutningen af det primære behandlingsforløb, der vedrører patienter, der er primært opereret, gennemgås det samlede resultat ved en multidisciplinær teamkonference med deltagelse af specialister med fagområdekompentence indenfor mammaradiologi, mammapatologi, mammakirurgi og mammaonkologi. På baggrund af de histologiske parametre og de øvrige patientdata kan prognosen estimeres, og afhængig af sygdomsstadium fastlægges hvilken behandling, der skal tilbydes jf. de gældende retningslinier (kap. 8). Patienten informeres efterfølgende om dette ved statussamtalen og informeres samtidig om det efterfølgende behandlingsforløb.

Den multidisciplinære teamkonferences primære formål er kvalitetskontrol af udredning og kirurgisk behandling og planlægning af den efterfølgende behandlingsstrategi, men samtidig fungerer konferencerne som en meget vigtig brik i uddannelsen indenfor de relevante fagområder, og inddragelse af yngre kolleger vil ofte i betydeligt omfang kunne stimulere en interesse, som har stor betydning for rekrutteringen til fagområderne.

ANSVARLIG

I det kirurgiske behandlingsforløb er det kirurgen, der er forløbsleder/teamleder, og ansvarsfordelingen er i øvrigt som beskrevet under den diagnostiske fase. Under dette behandlingsforløb er der udpeget en kontaktsygeplejerske, der sammen med kirurgen fungerer som kontaktperson.

TIDSKRAV

Ventetid fra diagnosen er meddelt patienten og der er afgivet informeret samtykke i det mammakirurgiske ambulatorium til operation må maksimalt udgøre 7 hverdage, og skal minimum være 3 hverdage. Baggrunden for dette er, at patienten i forberedelsesfasen har et behov for refleksion før operation.

Ventetid på endeligt mikroskopisvar må maksimalt udgøre 7 hverdage fra operationen (bilag 2). Den minimale svartid er fire dage, hvilket forudsætter, at der kun foretages rutinemæssig immunfarvning, der kan foretages samtidig med almindelig HE-farvning.

Forud for besked til patienten om det endelige resultat skal det drøftes ved den multidisciplinære teamkonference mellem specialister med fagområdekompetence indenfor mammaradiologi, mammapatologi, mamma kirurgi og mamma onkologi. En sådan konference afholdes 2 gange per uge, således at der maksimalt går to hverdage fra mikroskopien foreligger til det er drøftet ved konference, og patienten meddeles svaret senest en dag herefter. Maksimal ventetid til endelig status meddeles patienten bliver således 10 hverdage efter operationen og minimalt 5 hverdage.

EFTERBEHANDLING

INDHOLD

MEDICINSK BEHANDLING

Alle patienter i DBCG's højrisikogruppe (kap. 8.4.3) tilbydes adjuverende medicinsk behandling. Som hovedregel gives dette efter operationen, men som omtalt under den primære behandling er der forventning om, at en stigende andel fremover vil blive behandlet primært medicinsk (neoadjuverende).

Kemoterapi (kap.8.3)

Den medicinske efterbehandling til kvinder under 60 år er primært kemoterapi, og standard behandlingen er 3 serier antracyclin baseret kemoterapi (epirubicin og cyclofosamid) efterfulgt af 3 serier taxan (docetaxel). For patienter i aldersgruppen 60-69 tilbydes kemoterapi kun til den hormonreceptor negative gruppe. Kemoterapien gives intravenøst med tre ugers interval.

Endokrin behandling (kap. 8.3)

Endokrin behandling tilbydes alle patienter i højrisikogruppen, der er hormonreceptor positive uanset om der også anbefales kemoterapi. For postmenopausale anbefales 2½ års behandling med tamoxifen efterfulgt af 2½ års behandling med aromatasehæmmer. Hos præmenopausale gives udelukkende tamoxifen i 5 år. Den antiøstrogene behandling indledes umiddelbart efter operationen hos de patienter, der ikke skal have kemoterapi. Gives også kemoterapi, indledes den endokrine behandling først en uge efter afsluttet behandling. Endokrin behandling gives som tabletter.

Trastuzumap (Herceptin)

Herceptin anbefales til HER-2 positive patienter, hvor der som led i den medicinske behandling er givet kemoterapi. Gives intravenøst 17 gange med 3 ugers intervaller efter afsluttet kemoterapi.

Strålebehandling (kap. 5)

Efter brystbevarende operation (lumpektomi) gives således strålebehandling til alle. Standard behandlingen er 48-50 Gy givet i fraktioner af 2 Gy dagligt. Hos kvinder yngre end 50 år gives i tillæg boost mod tumorlejet dagligt i 1-2 uger (10-16 Gy). Hos patienter med lymfeknudemetastaser gives også behandling mod de regionale lymfeknudestationer, som beskrevet nedenfor.

Efter mastektomi er indikationerne for strålebehandling tumorstørrelse over 5 cm, tilstedeværelse af lymfeknudemetastaser (over 2 mm), uradikal operation. Behandlingen er rettet mod brystvæggen og de regionale lymfeknuder infra- og supraklavikulært samt parasternalt på hø. side. Der gives ikke

behandling mod aksillen med mindre der er efterladt metastaser her, og på ve. side bestråles de parasternale lymfeknuder ikke, idet det indebærer en stor risiko for at beskadige hjertet. Dosis er 50 Gy over 25 daglige fraktioner (5 dage per uge).

Skal der både gives kemoterapi og strålebehandling, gives kemoterapien først, og strålebehandlingen gives ikke før 2 uger efter sidste serie. Er indikationen for strålebehandling uradikal operation, gives strålebehandlingen dog efter 1. eller 2. serie kemoterapi.

KOMPLIKATIONER

Den væsentligste komplikation til kemoterapi er knoglemarvsdepression med behandlingskrævende febril neutropeni. Optræder sådan komplikation, kan det forsinke behandlingsforløbet, og i lighed med forholdene ved optræden af kirurgiske komplikationer, skal der monitoreringsmæssigt være mulighed for at markere, at forløbet afviger fra "pakken".

INFORMATION AF PATIENTEN

Patienten er allerede ved afslutning i den kirurgiske afdeling informeret om hovedtrækkene i efterbehandlingen jf. det beslutningsgrundlag, der foreligger fra den multidisciplinære teamkonference. Ved den første samtale i onkologisk ambulatorium gives en mere udførlig information om detaljerne i behandlingen, og der aftales tidspunkter for første behandling.

FORSLAG TIL MÅLEPUNKTER

- Dato for ambulant forundersøgelse/samtale i onkologisk ambulatorium
- Dato for første kemoterapi
- Dato for første strålebehandling
- Dato for sidste kemoterapi
- Dato for sidste strålebehandling
- Dato for første Herceptin behandling
- Dato for sidste Herceptin behandling.

BESLUTNING

Baggrunden for beslutning om efterbehandling er den conferencebeslutning, der foreligger efter den multidisciplinære teamkonference. Patientens holdning skal dog nødvendigvis også tages med, og derfor kan den endelige beslutning blive modificeret i forbindelse med den første samtale i onkologisk ambulatorium.

Beslutninger om ændringer i behandlingsforløbet foretages løbende på baggrund af respons og komplikationer i forbindelse med de obligatoriske kontakter i behandlingsforløb og som led i kontrolprogrammet.

ANSVARLIG

I efterbehandlingsforløbet er det den specialeansvarlige onkolog, der varetager funktionen som teamansvarlig. Såfremt der er behov for supplerende udredning på mistanke om recidiv aktiveres "det integrerede diagnostiske team", og ved mistanke om lokoregionært recidiv skal patienten vurderes i mammakirurgisk ambulatorium.

TIDSKRAV

Ventetid mellem afsluttende statussamtales og første onkologiske kontakt må maksimalt udgøre 1 hverdag. Der angives ikke nogen minimal ventetid.

Kemoterapi skal indledes maksimalt 6 hverdage efter statussamtales, hvis der ikke er medicinsk kontraindikation (f.eks. sårinfektion) for at indlede behandlingen på dette tidspunkt. Den minimale ventetid er 2 uger (14 dage) efter operationen.

Strålebehandling skal indledes senest maksimalt 6 hverdage statussamtales. Den minimale ventetid er 2 uger (14 dage) efter operationen. Som ovenfor er det en forudsætning, at der ikke er kontraindikationer. Strålebehandling efter kemoterapi skal gives senest 2 uger efter sidste kur. Minimal ventetid er 2 uger.

Endokrinbehandling skal iværksættes senest i forbindelse med første besøg i onkologisk ambulatorium i de tilfælde, hvor der ikke skal gives kemoterapi. Der er ikke nogen minimal ventetid. Skal der først gives kemoterapi, skal den endokrine behandling indledes samtidig med afslutning af kemoterapien.

Herceptin-behandling skal indledes senest 4 uger efter sidste kemoterapi. Den minimale ventetid er 3 uger.

Der kan forekomme forløb, hvor behovet for påvisning af behandlingstarget kan betinge en forsinkelse af tiden for start af onkologisk behandling.

PALLIATION

INDHOLD

Palliation er ikke dækket af DBCG's retningslinier, men der er i indikatorrapporten for brystkræft fra 2005³ en kort omtale af væsentlige problemstillinger og angivet supplerende litteratur (Appendix 4: Brystkræft – palliation og terminal pleje).

GENOPTRÆNING

INDHOLD

FYSIOTERAPI TIL BRYSTOPEREREDE

Nedenstående resumerer de anbefalinger, der er kommet fra en arbejdsgruppe under Kræftens Bekæmpelse (KB) og med deltagelse af for Patientforeningen De Brystopererede (DBO). Der er taget initiativ til, at dette område fremover bliver inkluderet i DBCG's rekommandationer, men indtil videre må det betragtes som et udviklingsområde.

- Før operationen konsultation med en fysioterapeut, hvor der instrueres i enkelte øvelser samt hvilestillinger, som stimulerer de strukturer, som vil blive belastet ved operationen.
- En – fire dage efter operationen tilses den brystopererede af en fysioterapeut med henblik på repetition af det allerede udleverede øvelsesprogram samt instruktion i stimulation af operationsområdet og venepumpeøvelser; desuden information om fremtidig træningsplan

(holdtræning). Inden udskrivelse fra sygehuset udleveres en genoptræningsplan med henblik på den kommunale indsats.

- To – fire uger efter operationen startes holdtræningen ambulant (5-8 gange én gang ugentligt) med øvelser indeholdende: Holdning, balance, bevægelighed, stræk, venepumpe, arvæv, hvilestillinger, progredieret styrketræning samt information om lymfødem. Mulighed for træning i varmtvandsbassin.
- I det ambulante forløb skal der gives mulighed for individuel behandling, hvor det skønnes nødvendigt.
- Før strålebehandling individuel kontakt med en fysioterapeut med henblik på at sikre god bevægelighed under stråleterapien og fortsat stimulation af operationsområdet. Den brystopererede gives mulighed for telefonisk kontakt med fysioterapeut ved usikkerhed.
- To uger og ligeledes otte uger efter strålebehandling individuel kontakt for at sikre optimal, smertefri bevægelighed.

Gældende for ovennævnte genoptræningspakke er, at fysioterapeuten er gennemgående, og at tilbuddet gælder alle brystopererede uanset operationsteknik, antallet af fjernede lymfeknuder og efterbehandling.

Genoptræningen skal varetages af særligt kyndige fysioterapeuter med specialviden om, interesse for og indsigt i de brystopereredes særlige problemstillinger og behandling. Dvs. viden om behandling og efterbehandling af brystkræft, viden om senfølger, viden om og erfaring med at arbejde efter Kirsten Tørsleffs principper, kvalifikationer til varetagelse af målrettet holdtræning.

LYMFØDEMBEHANDLING

Indgår ikke i pakkeforløb vedr. primær udredning og behandling, og er derfor ikke nærmere beskrevet her. Det indgår dog i det samlede behandlingsforløb for en ikke ubetydelig andel af patienterne, men opstår typisk først måneder til år efter gennemført primær behandling og efterbehandling.

FORSLAG TIL MÅLEPUNKTER

- Dato for indledende samtale med fysioterapeut
- Dato for første holdtræning
- Dato for kontakt før strålebehandling
- Dato for afsluttende kontakt.

BESLUTNING

Alle patienter tilbydes perioperativ fysioterapi jf. ovenstående program. Afgørelser herfra besluttet af den ansvarlige fysioterapeut. Behov for supplerende behandling, herunder lymfødembehandling, vurderes i det onkologiske team, og beslutning herom træffes efter samråd med fysioterapien og "lymfødemteamet".

ANSVARLIG

I den perioperative fase er det den til den mammakirurgiske enhed knyttede fysioterapifdeling, der varetager behandlingen, og der skal være en fysioterapeut udpeget med "specialeansvar" som også fungerer som kontaktperson. Tilsvarende er der ved den onkologiske enhed udpeget en specialeansvarlig fysioterapeut, der bl.a. varetager lymfødembehandling.

TIDSKRAV

Alle patienter skal præoperativt eller senest dagen efter operation modtage instruktion ved fysioterapeut. Der skal tilbydes holdtræning med start senest 4 uger og tidligst 2 uger (14 dage) efter operationen.

OPFØLGENDE KONTROL

INDHOLD

KLINISK KONTROL OG FASTE UNDERSØGELSER

Formålet med rutine follow-up efter primær behandling for brystkræft er (kap. 9):

- Forbedring af overlevelsen
 - Screening for ny primær tumor
 - Opsporing af recidiv i ipsilaterale bryst (efter brystbevarende operation)
 - Tidlig påvisning af recidiv
- Evaluering af primær behandling
 - Kvalitetskontrol/sikring
 - Diagnostik og behandling af sequelae
- Rehabilitering
 - Psykosocial støtte og rådgivning.

Rekommandationerne fra DBCG omfatter (kap 9.1):

- Kontrol hver 3-6. måned i 5 år og herefter en gang årligt for patienter, der indgår i behandlingsprotokol eller kvalitetssikringsprogram.
- Kontrollen omfatter anamnese og klinisk undersøgelse suppleret med mammografi hvert 2. år for patienter mellem 50 og 70 år og hvert 1½ år for yngre patienter.
- Kvinder i DBCG's lavrisikogruppe (kap.8.3) i screeningsalderen fra 50 til og med 69 år kan overgå til "kontrol" i screeningspopulationen⁴.

FORSLAG TIL MÅLEPUNKTER

- Dato for første kontakt efter afsluttet primær behandling
- Dato for første mammografi.

BESLUTNING

Beslutning om kontrolprogrammet ligger implicit i beslutning om behandlingsprotokollen (efterbehandling). Beslutning om ikke at følge de gængse behandlingsprotokoller f.eks. på grund af komorbiditet eller alder vil som regel lede til, at man afstår fra kontrolprogram i sygehusregi, men overlader det til primærsektoren.

ANSVARLIG

Hovedparten af patienterne (højrisikogruppen) følger et kontrolprogram i den onkologiske enhed, og det er derfor den specialeansvarlige overlæge der, der er teamansvarlig. Såfremt der ikke skal

gives systemisk behandling, vil kontrollen foregå i mammakirurgisk regi med den specialeansvarlige kirurg som teamleder.

TIDSKRAV

Første kliniske kontrol skal senest foretages 6 måneder efter afsluttet behandling (dvs. efter hvad der er givet senest: strålebehandling, kemoterapi eller operation). Det minimale tidsinterval er 3 måneder.

GENHENVISNING

INDHOLD

LOKOREGIONÆRT RECIDIV

Ved mistanke om lokalt eller regionalt recidiv udføres følgende *undersøgelser* (kap.15.2):

- Anamnese og klinisk undersøgelse.
- Mammografi
- Lokoregional ultralydsundersøgelse (UL). (Ved recidiv i regio mammae, foretages UL af samsidige regio mammae, aksil og periklavikulær region.)
- Bioptisk verifikation: FNA, grovnålsbiopsi, incisions-eller excisionsbiopsi.
- Blodprøver: hæmatologi inkl. diff. tælling, ioniseret calcium, S-kreatinin, elektrolytter, ASAT/ALAT, LDH, basisk fosfatase og bilirubin. (Ved forhøjet ASAT/ASAT, basisk fosfatase eller bilirubin, foretages (UL) af abdomen*)
- Røntgen (rgt.) af thorax.*
- Knogleskintigrafi.* (Abnorme foci ved knogleskintigrafi skal røntgenfotoграфeres og bør suppleres med 3-D billeddiagnostik (MR eller CT), hvis konventionel røntgenundersøgelser ikke giver en afklaring.)
- Hormonreceptorstatus, med immunhistokemisk undersøgelse af seneste biopsi.
- HER2 status. (Helst på primærtumor, og hvis denne ikke foreligger da på recidivet.)
- Klinisk foto af eventuel evaluerbar sygdom.

*) Thorakoabdominal CT-skanning med knoglevindue kan erstatte rgt. af thorax, UL af abdomen og rgt. optagelser af det aksiale skelet.

Behandlingsstrategi (kap. 15.3)

Målområdet for kirurgisk behandling af et lokoregionalt recidiv er hud, bløddele og knogler fra klaviklen til kurvaturen og fra midtlinien til bagerste aksilfold (lateralkanten af m. latissimus dorsi). Hvis fjerne metastaser kan udelukkes, tilstræbes kurativ behandling med kirurgi, så radikalt som mulig, efterfulgt af lokoregional strålebehandling, hvis dette ikke er givet tidligere, og evt. suppleret med antiøstrogenbehandling for patienter med receptorpositive tumorer.

SYSTEMISK RECIDIV

DBCG's retningslinier indeholder ikke et afsnit herom, men det er under udarbejdelse.

FORSLAG TIL MÅLEPUNKTER

- Dato for henvisning til udredning på mistanke om recidiv
- Dato for første billeddiagnostiske undersøgelse

- Dato for operation (lokoregionært recidiv)
- Dato for første strålebehandling (lokoregionært recidiv)
- Dato for første kemoterapi (systemisk recidiv).

BESLUTNING

Beslutning om behandling af lokoregionært (og systemisk?) recidiv træffes ved den multidisciplinære teamkonference.

ANSVARLIG

I de tilfælde, hvor patienten har afsluttet sit kontrolprogram i hospitalsregi, er det den praktiserende læge, der er ansvarlig for at henvise patienten til udredning i det integrerede diagnostiske system. Er patienten fortsat inkluderet i et kontrolprogram i hospitalsregi, er det det pågældende team (onkologisk eller mammakirurgisk), der er ansvarlig for at iværksætte udredningsprogram med reference til den multidisciplinære teamkonference.

TIDSKRAV

Ved begrundet mistanke om recidiv gælder de samme tidskrav til udredning som for den primært henviste patient.

CANCER MAMMAE: SKEMATISK FORLØBSOVERSIGT – PRIMÆR OPERATION

<i>Hverdag nr.</i>	<i>Maksimal procestid for delement i forløbet</i>	<i>Hændelse/procedure</i>	<i>Ansvarlig</i>
0		Modtagelse af elektronisk henvisningen og telefonisk kontakt fra egen læge	Radiolog
0		Visitation (booking) af patienten til billediagnostik/primær klinisk brystundersøgelse Ved opringning fra egen læge gives denne fra bookingsekretæren umiddelbart en tid undersøgelse, som patienten meddeles via egen læge	Radiolog
2	2 hverdage	Billediagnostik/primær klinisk brystundersøgelse Normal: Afsluttes Suspicio: <ul style="list-style-type: none"> • Biopsi og booking til mammakirurgisk ambulatorium/konsensuskonference • Røntgen af thorax 	Radiolog
7	5 hverdage	Forundersøgelse ved speciallæge i mammaambulatorium Information om cancerdiagnosen og kirurgisk behandling mundtligt og skriftligt Dato for operation udleveres Informeret samtykke til behandlingen Journaloptagelse og anæstesivurdering jf. afdelingens sædvanlige præferencer samme dag eller på et senere tidspunkt Præoperativ sygeplejesamtale (som ovenfor)	Kirurg Sygeplejerske

14	7 hverdage	<p>Operation – minimalt 3 dage efter forundersøgelse</p> <p>Web-indtastning af mammaskema, SN-skema og patologiskema (den kirurgiske del)</p>	Kirurg
20	6 hverdage	<p>Histologisvar foreligger</p> <p>Konfereres på førstkommende multidisciplinære teamkonference</p> <p>Diagnose og beskrivelse indberettes til Patobank og DBCG</p> <p>Afsendelse af epikrise til egen læge</p>	Patolog Kirurg Patolog Kirurg
24	4 hverdage	<p>Ambulant status samtale</p> <p>Informeres om histologisvar</p> <p>Informeres om evt. systemisk behandling og/eller strålebehandling og i givet fald udlevering af tid til onkologisk forundersøgelse</p> <p>Lavrisikogruppen: Der aftales tid til første kontrol efter 6 mdr. i mammakirurgisk ambulatorium</p> <p>Journalnotet til egen læge</p>	Kirurg
25	1 hverdag	<p>Evt. Onkologisk forundersøgelse med information om systemisk behandling og/eller stråleterapi</p> <p>Hvis der primært skal gives antiøstrogen terapi indledes det umiddelbart, og der aftales tid til første kontrol efter 6 måneder</p> <p>Afsendelse af notat til egen læge</p>	Onkolog
30	5 hverdage	<p>Evt. Kemoterapi startes – minimalt 2 uger postoperativt</p> <p>Afsluttes efter 18 (6 x 3 uger), og samtidig opstartes endokrin behandling hos receptor positive</p>	Onkolog
35	10 hverdage efter onk. forundersøgelse/4	<p>Evt. Stråleterapi – minimalt 3 uger postoperativt (post kemoterapi)</p>	Onkolog

	uger efter sidste kemoterapi	Afsluttes efter 5 (6) uger	
	4 uger efter sidste kemoterapi	Evt. Herceptinbehandling – minimalt 3 uger efter sidste kemoterapi Afsluttes efter 12 måneder	
	6 mdr. postopr./post onkologisk beh.	Første ambulante kontrol – minimalt 3 måneder Klinisk kontrol <ul style="list-style-type: none"> • Højrisiko • Lavrisiko 	Onkolog Kirurg

CANCER MAMMAE: SKEMATISK FORLØBSOVERSIGT – PRIMÆR SYSTEMISK BEHANDLING

<i>Hverdag nr.</i>	<i>Maksimal procestid for delement i forløbet</i>	<i>Hændelse/procedure</i>	<i>Ansvarlig</i>
0		Modtagelse af elektronisk henvisningen og telefonisk kontakt fra egen læge	Radiolog
0		Visitation (booking) af patienten til billediagnostik/primær klinisk brystundersøgelse Ved opringning fra egen læge gives denne fra bookingsekretæren umiddelbart en tid undersøgelse, som patienten meddeles via egen læge	Radiolog
2	2 hverdage	Billediagnostik/primær klinisk brystundersøgelse Normal: Afsluttes Suspicio: <ul style="list-style-type: none"> • Biopsi og booking til mammakirurgisk ambulatorium/konsensuskonference 	Radiolog

		<ul style="list-style-type: none"> • Røntgen af thorax 	
7	5 hverdage	<p>Forundersøgelse ved speciallæge i mammaambulatorium</p> <p>Information om cancerdiagnosen og kirurgisk behandling mundtligt og skriftligt</p> <p>Dato for operation udleveres</p> <p>Informeret samtykke til behandlingen</p> <p>Journaloptagelse og anæstesivurdering jf. afdelingens sædvanlige præferencer samme dag eller på et senere tidspunkt</p> <p>Præoperativ sygeplejesamtale (som ovenfor)</p>	<p>Kirurg</p> <p>Sygeplejerske</p>
14	7 hverdage	<p>Systemisk behandling indledes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endokrinbehandling • Kemoterapi 	<p>Kirurg/onkolog</p> <p>Onkolog</p>

Primær systemisk behandling kan gives som led i behandling af patienter, der ikke er fundet primært operable pga. lokalavanceret sygdom, eller som egentlig neoadjuverende behandling.

Ved lokalavanceret sygdom vurderes den fortsatte behandling efter 12 uger (kap. 13), og såfremt patienten på dette tidspunkt findes operabel, følges "pakkeprogrammet" fra forundersøgelse, som patienten skal tilbydes senest 5 dage efter billeddiagnostik.

Patienter i neoadjuverende behandling indgår indtil videre i videnskabelige protokoller, og i disse er der meget stramme behandlingsskemaer, som ikke er omfattet af denne generelle forløbsbeskrivelse.

REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. *Brystkræft - Tidlig opsporing og undersøgelse*. København: Sundhedsstyrelsen, 1994.
2. Hoffmann J. Analysis of surgical and diagnostic quality at a specialist breast unit. *Breast* 2006; 15: 490-7.
3. Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG), Kompetencecenter for Kliniske Databaser Region Øst (KCØ). *Landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase for brystkræft - Kliniske indikator specifikationer og dokumentalistrapport*. København: Danish Breast Cancer Cooperative Group, 2005.
4. Vejborg, I. Mammografiscreening i Danmark - Kliniske retningslinier. 2007.