

# Har alder, lokal behandling og intrinsic subtype betydning for udvikling af lokal recidiv og dødelighed hos lav-risiko brystkræft patienter (DBC89a).

*T. Laurberg*

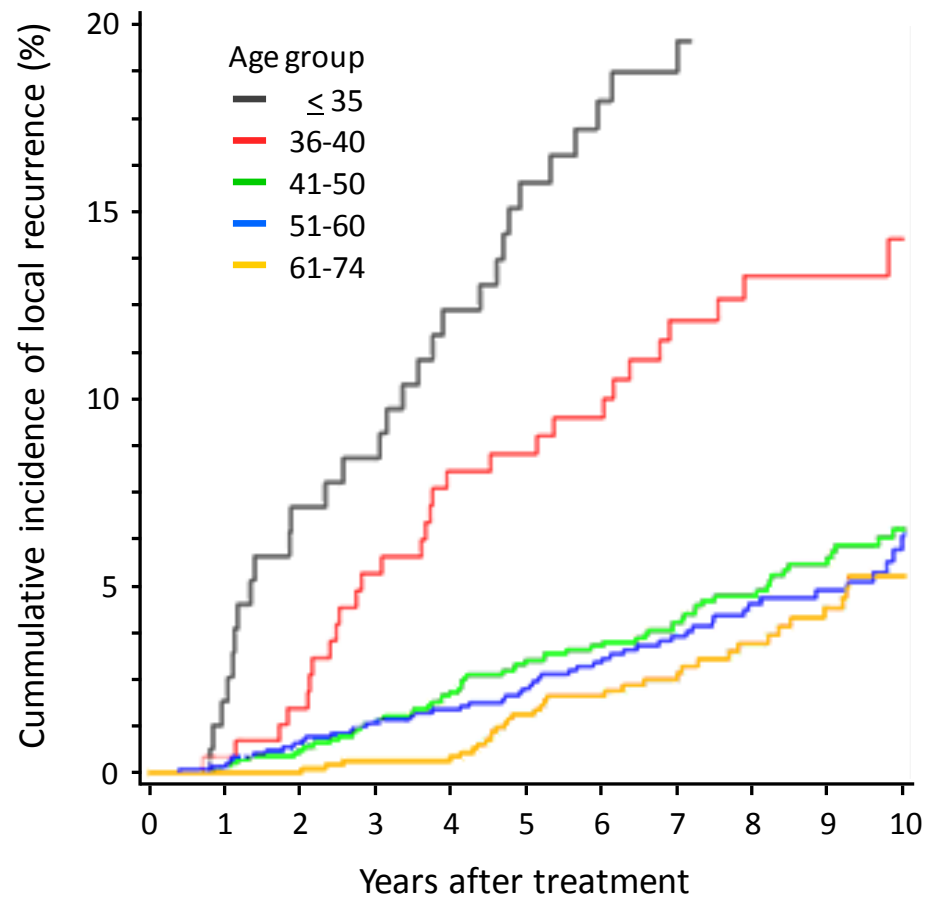
*Vejledere: V. Jensen, P. Christiansen, J. Overgaard*

*Afd. for Eksperimentel klinisk onkologi*

*Aarhus Universitets Hospital,*



# Ung alder –høj risiko for lokal recidiv



**3758** patienter behandlet med BCT i perioden 1989-98, data fra DBCG

# Formål

---

***At beskrive alders betydning for udvikling af lokal recidiv og se det ift:***

- Tid (0-20 år)
- Lokal behandling
  - Brystbevarende kirurgi + stråleterapi (BCT)
  - Mastektomi

***Undersøge om LR giver anledning til fjern metastaser og fører til en øget mortalitet hos BCT patienter***

# DBCG89a

---

## DBCG89a-protokollen (1989-98)

- Lymfeknude negative
- Tumor < 5 cm
- alle histologiske type, undtagen Duktal karcinom grad II/III hvis patienten var præ-menopausal

## Behandling:

- mastektomi
- Brystbevarende kirurgi + stråle terapi(BCT)  
(48 Gy/24 fraktioner + boost 10-16Gy/5-8 fraktioner)

**INGEN MEDICINSK EFTERBEHANDLING!!**

# Studie design – ensartet aldersfordeling

---

## Geografisk inklusionskriterier:

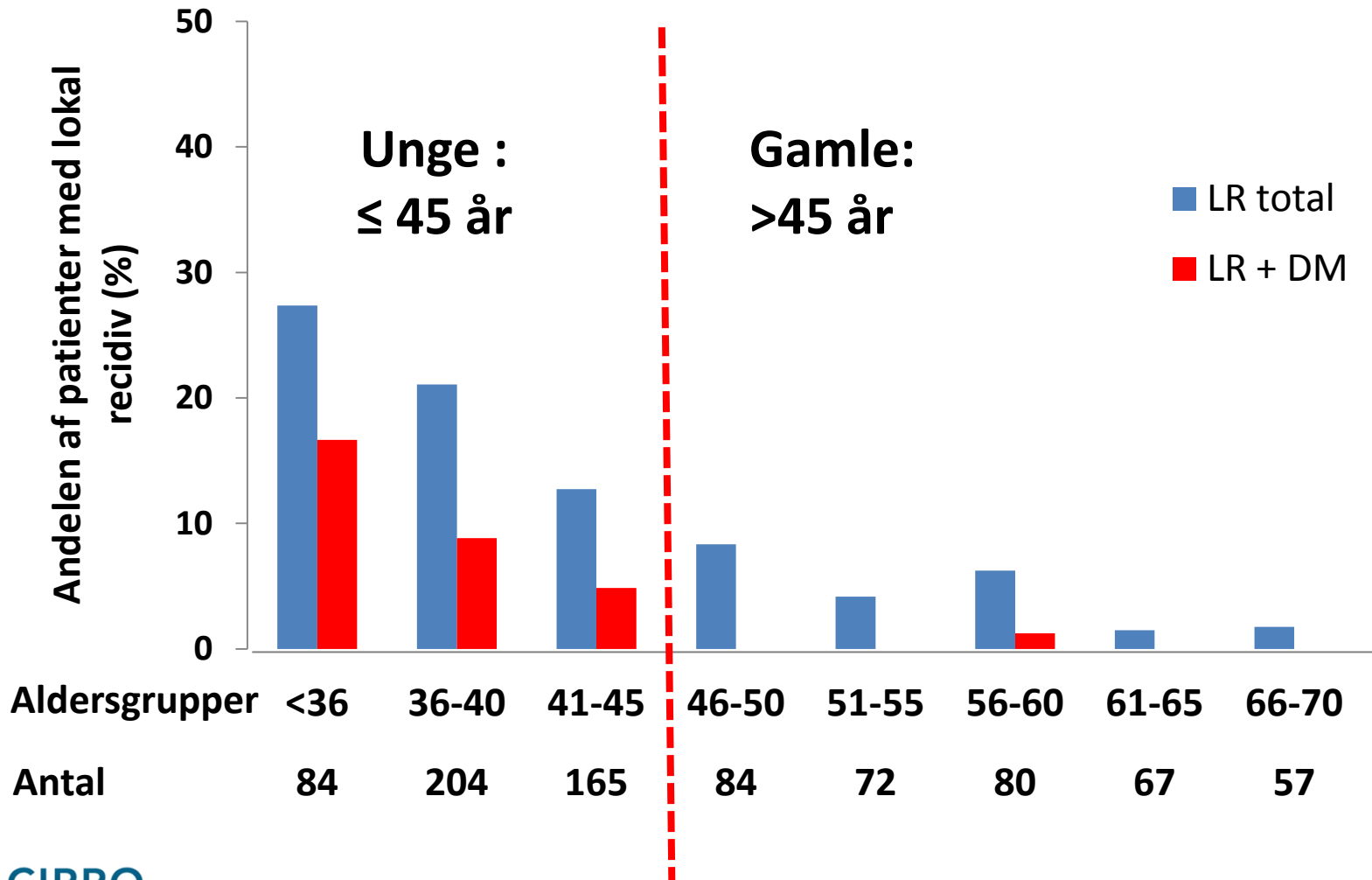
- $\leq 40$  år landsplan
- 41-45 år Jylland
- $>45$  år Århus/Randers

**Kliniske kohorte: 813 89a-patienter**

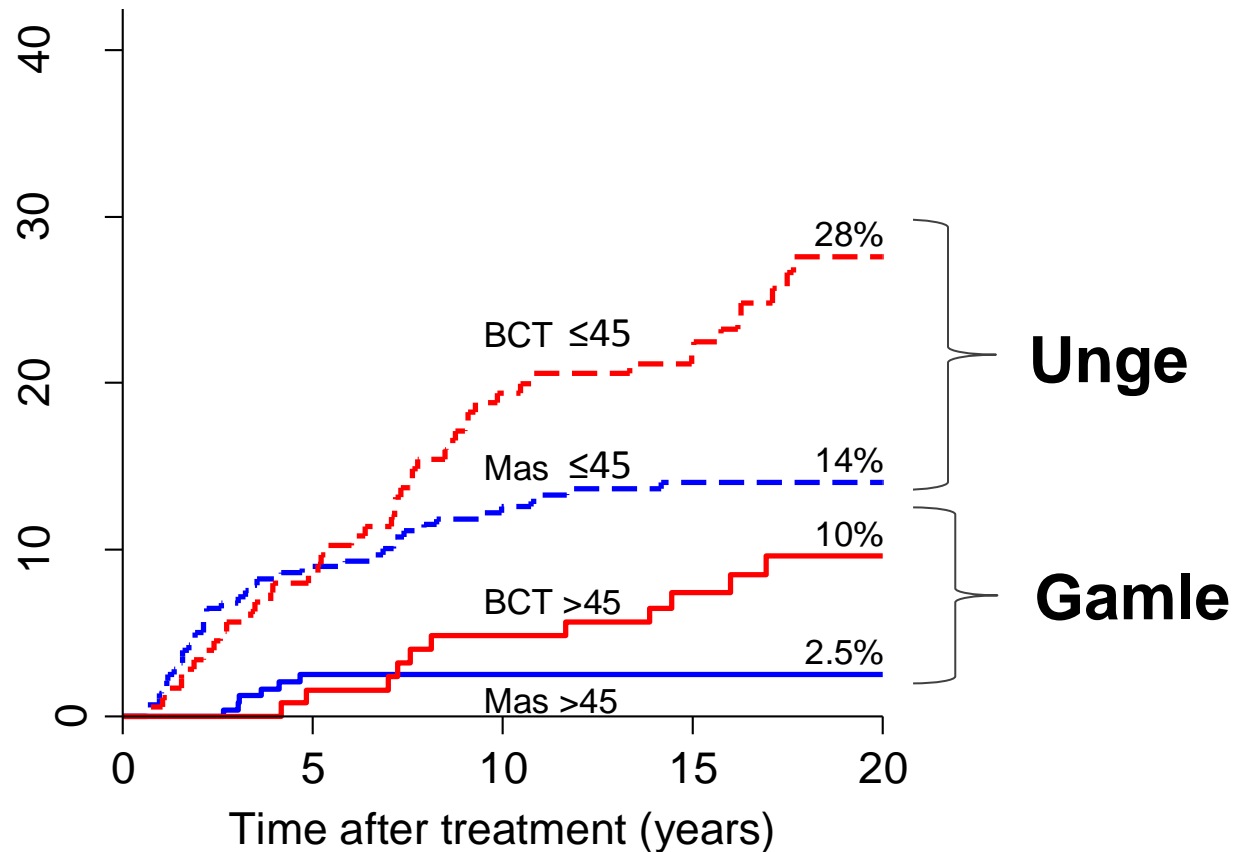
**Vævs kohorte: 514 89a-patienter**

**Median follow-up time på 17.2 år (range 0.5-24.6)**

# Alders betydning for associationen mellem lokal recidiv og fjern metastase



# Risiko for lokal recidiv efter 20 år ift alder og behandling



At risk		0	5	10	15	20
---	Mas ≤45	278	216	189	144	57
—	Mas >45	237	196	161	113	32
- - -	BCT ≤45	175	138	108	82	32
—	BCT >45	123	110	89	63	21

**Distant  
metastasis**

**Breast-cancer  
mortality**

**All-cause  
mortality**

HR 95% CI

HR 95% CI

HR 95% CI

**Younger patient, ≤ 45**

BCT vs Mas

LR vs. no LR

**2.7 (1.8-4.2)**

**2.7 (1.4-4.4)**

**2.1 (1.3-3.2)**

*Tumor size*

11-20 vs ≤10 mm

>20 vs ≤10 mm

**Older patients, >45**

BCT vs. Mas

LR vs. no LR

**0.4 (0.1-3.1)**

**0.4 (0.1-2.9)**

**0.7 (0.3-1.6)**

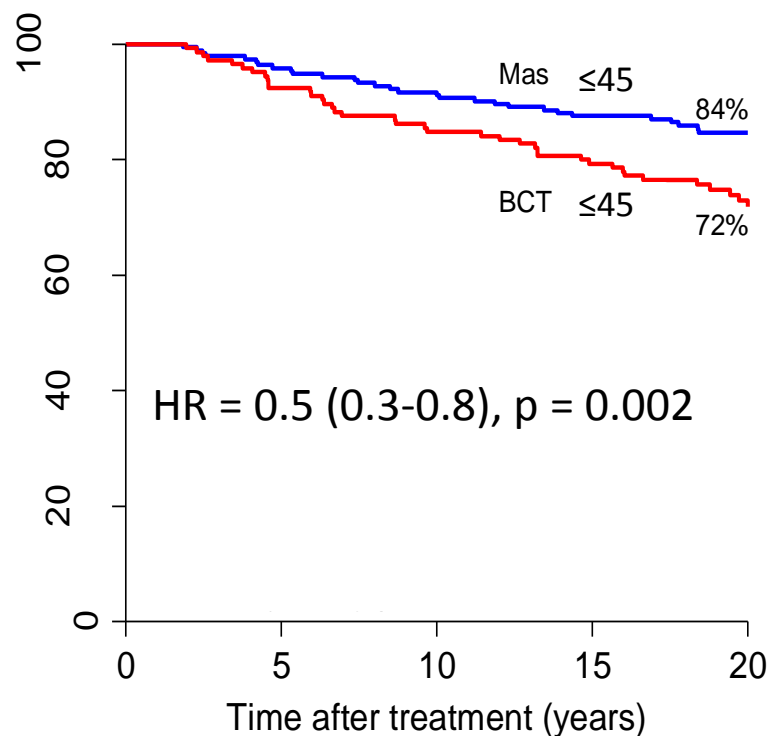
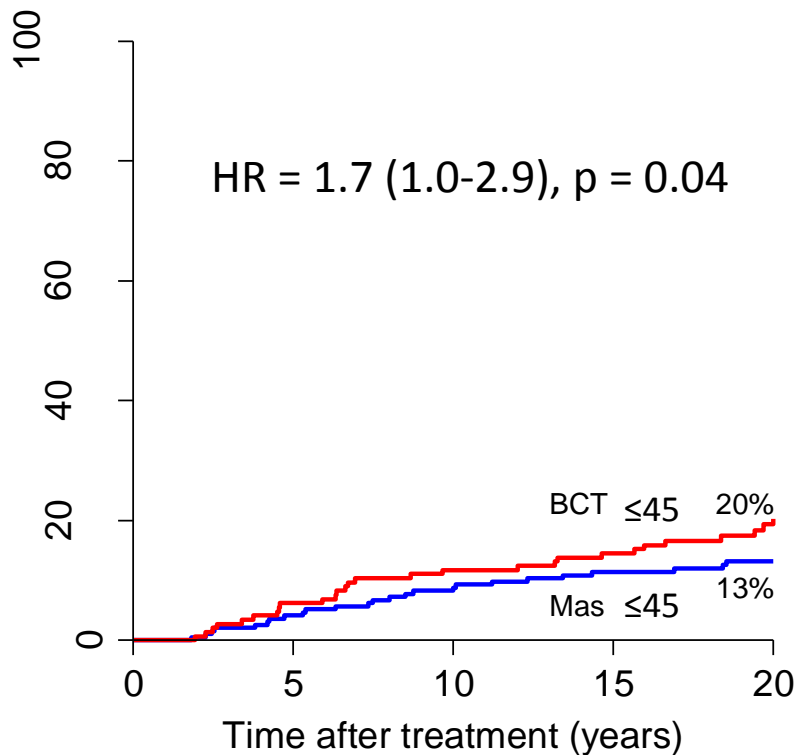
*Tumor size*

11-20 vs ≤10 mm

>20 vs ≤ 10 mm



# 20-års overlevelse hos unge patienter ( $\leq 45$ år) med små tumorer ( $\leq 2$ cm)



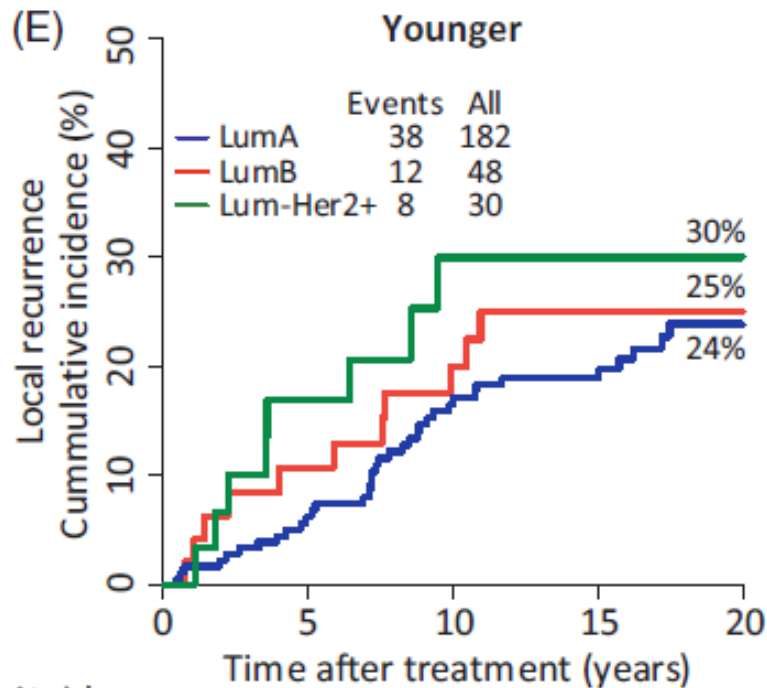
At risk

Mas	193	185	177	169	109
BCT	145	134	123	115	73

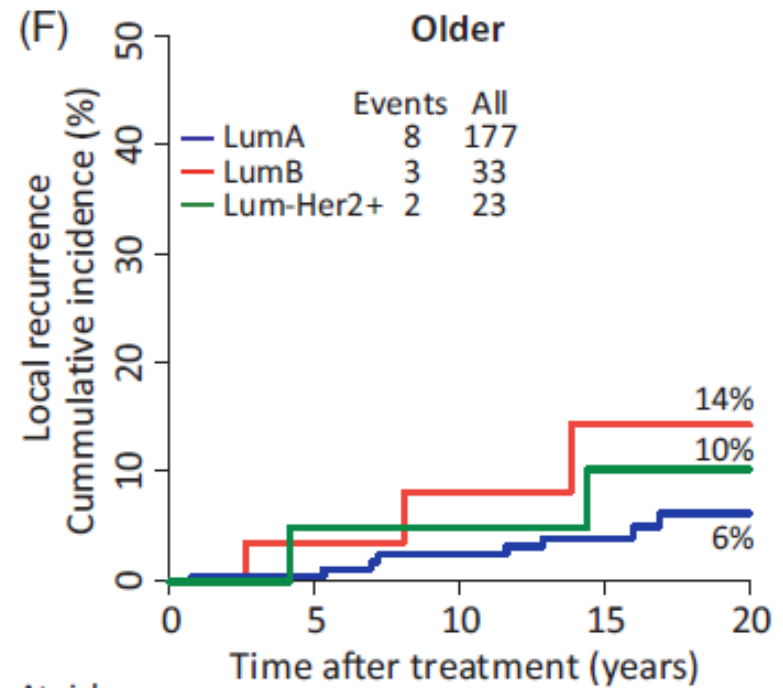
At risk

Mas	193	185	177	169	109
BCT	145	134	123	115	73

# Lokal recidiv ift. Intrinsic subtypes (HER2, ER, PR, Ki67)

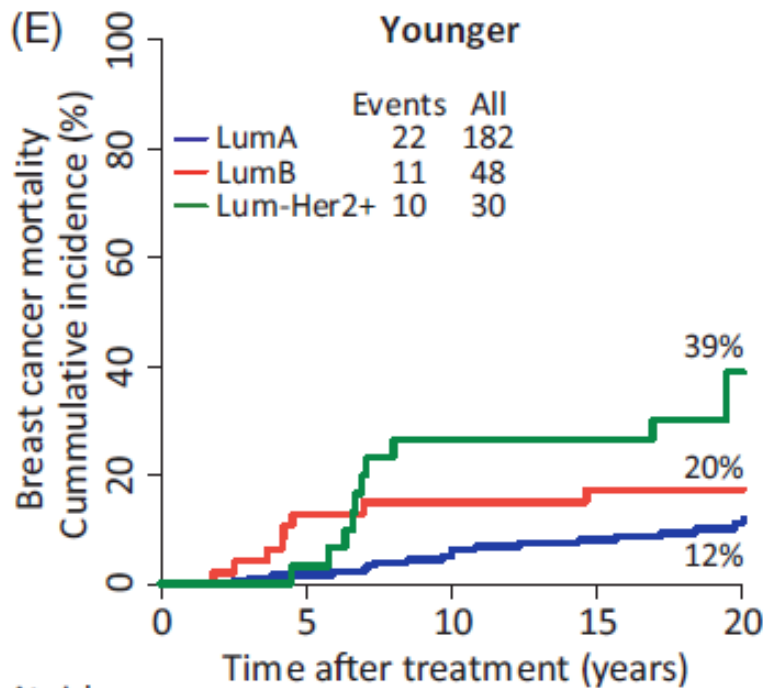


At risk	0	5	10	15	20
LumA	182	155	129	93	41
LumB	48	37	31	21	6
L-Her2+	30	23	15	11	3

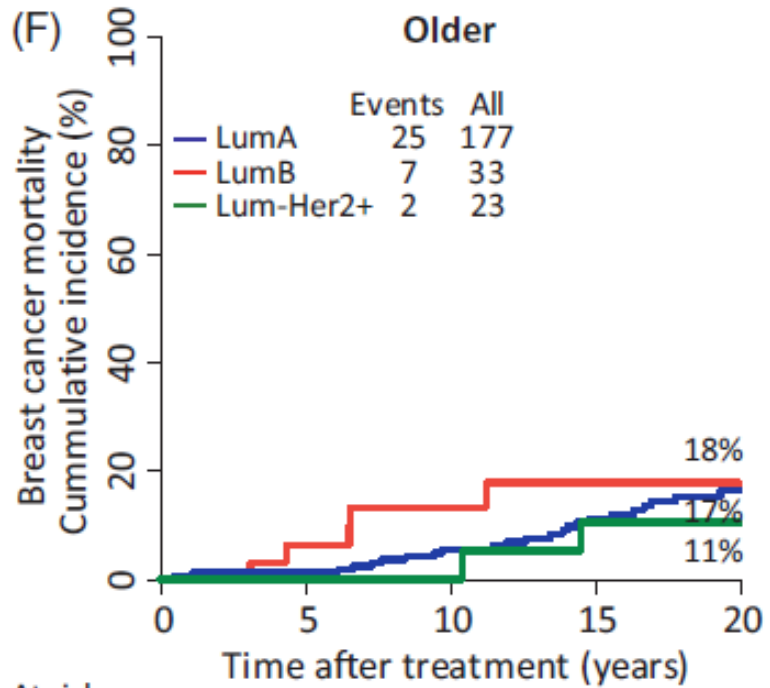


At risk	0	5	10	15	20
LumA	177	157	125	89	22
LumB	33	25	17	13	3
L-Her2+	23	18	17	15	2

# Brystkræft dødelighed ift. Intrinsic subtypes (HER2, ER, PR, Ki67)



At risk	0	5	10	15	20
LumA	182	173	162	147	93
LumB	48	40	39	36	23
L-Her2+	30	29	21	21	6



At risk	0	5	10	15	20
LumA	177	167	140	118	60
LumB	33	28	20	16	10
L-Her2+	23	21	19	17	5

# Opsummering:

---

**BCT udvikler lokal recidiv vedvarende i 20-årig**

**Unge ( $\leq 45$  år):**

- Lokal recidiv associeret til Fjern metastase
- BCT øget mortalitet sammenlignet med Mastektomi  
***(NB gælder også små (<2cm) LumA-tumorer!!!!!!)***

**Ældre (45 > år):**

- Lokal recidiv ikke associeret til Fjern metastase
- Ingen forskel i brystkræft-specifik-mortalitet

# Dagens dilemma

---

*” Veninde på 38 år med brystkræft ved ikke, om hun skal mastektomeres.*

*Kan kirurgen anbefale BCT med argumentet om, at man ikke skal fjerne rask bryst væv ? ”*

# Litteratur - kliniske studier

---

6 randomiserede studier BCT vs. Mastektomi:

- alle domineret af post-menopausale

1 studiet med pooled data fra DBCG og EORTC (Voogd et al, JCO 2001)

Ung (<35 år) vs. Gammel (>60år):

- flere lokal recidiver
- flere fjernmetastaser

*Mest udtalt hos unge BCT, men yderligere analyse var ikke mulig*

Udfra de randomiserede studier er det svært at rådgive unge patienter

# Litteratur - kohorte

---

- Få kohorte studier af unge brystkræft patienter
  - < 10 års follow-up
  - Blanding af høj- og lav risiko patienter
  - På basis af disse studier er det heller ikke muligt at give en entydig rådgivning i forhold til om den unge lav-risiko patient skal vælge BCT eller mastektomi

# Dilemma

---

Residual mamma efter BCT kan IKKE betragtes som raskt

Problem:

*Vi ved ikke om adjuverende medicinsk behandling, bedre billeddiagnostik og kirurgi kan kompensere for den observerede øgede dødelig efter BCT hos unge lav-risiko patienter*



# Behandling af en ung brystkræft patient med N0, T $\leq$ 2cm, ER-pos, HER2-neg

---

- Endokrin terapi
- Kemoterapi
- Lokal behandling
  - Brystbevarende kirurgi + stråler
  - Mastektomi

92% brystkræft-fri survival uden endokrinth