

DBCG

DANISH BREAST CANCER COOPERATIVE GROUP
INFORMATIONSBLAG NR 34
JUNI 2002

Repræsentantskabsmødet den 21.01.2002

FORMANDSBERETNING - DBCG 2001.....	2
DBCG FYLDER 25 ÅR.	3
STATUS FOR REGISTRERING OG ALLOKERING 2001. STATUS FOR DBCG 89-CX (EXEMESTAN), DBCG 98-C (FEMTA) OG DBCG 99-F (TAX 315).....	7
ADJUVERENDE KEMOTERAPI PROTOKOL SBG 2000-1	18
REVISION AF DBCG-RETNINGSLINIER – GENETISK UDREDNING OG RÅDGIVNING VED ARVELIG DISPOSITION TIL BRYST – OG ÆGGESTOKKRÆFT.....	19
KVALITETSCIRKEL FOR FINNÅLSASPIRATER OG GROVNÅLSBIOPSIER FRA MAMMA.....	20
DBCG'S STATUTTER.....	22
HER-2 OG TOPO-2 SOM PROGNOSTISKE/PRÆDIKTIVE FAKTORER VED CANCER MAMMAE.	23
HERCEPTEST	23
DATABASEREGISTRERING AF PATIENTER MED CANCER MAMMAE.	24
SCREENING – HVAD SKER DER?	25
PROGNOSTISK BETYDNING AF TIDLIG DIAGNOSE OG GOD KIRURGI.....	28
FORSKELLE I ALDER, KLASSISKE TUMORPARAMETRE OG ØSTROGENRECEPTOR STATUS MELLEM DANSKE OG SVENSK BRYSTKRÆFTPATIENTER, RELATERET TIL OVERLEVELSE.....	29
DBCG'S HJEMMESIDE.	30

Addendum I: DBCG's publikationsliste

Addendum II: DBCG's sekretariat, Forretningsudvalg og videnskabelige udvalg.

Formandsberetning - DBCG 2001

Mogens Blichert-Toft

I december 2001 afholdt Sundhedsstyrelsen en konference om kliniske kvalitetsdatabaser i Danmark, hvor også DBCG var indbudt deltager. Det fremherskende synspunkt på konferencen var, at en klinisk database ikke alene skulle registrere epidemiologiske og demografiske data, behandlingsformer og resultater, men også koordinere et relevant tværfagligt samarbejde, forskning og udvikling inden for databasens emnekreds. En database bør være landsdækkende og sikre en ensartet høj faglig kvalitet på landsplan.

DBCG blev etableret for 25 år siden og opfylder i dag til fulde disse krav til en klinisk database. Personerne bag dannelsen af DBCG har således været særdeles visionære, idet mange af disse tanker og ideer omkring databaser slet ikke var formuleret for 25 år siden. DBCG har da også gennem årene været skoledannende inden for idegrundlaget for kliniske databaser både nationalt og internationalt. Det er derfor glædeligt, at der her i landet er en fælles opbakning bag arbejdet i DBCG, ikke alene fra fagligt hold, men også fra sundhedsmyndighedernes side.

Amterne og H:S har i forbindelse med omstruktureringen af sygehusvæsenet med etablering af den funktionsbærende enhed bl.a. fokuseret på den mammakirurgiske specialefunktion. Det er planen, at mammakirurgi skal være en amtsfunktion fortrinsvist samlet på ét hospital i hvert amt. Det er en hensigtsmæssig udvikling fra over 100 kirurgiske afdelinger med mammakirurgisk funktion for 25 år siden til nu omkring 15 til 20 kirurgiske afdelinger. Den nye organisation vil forbedre mulighederne for det tværfaglige samarbejde, lette indførelsen af tidssvarende undersøgelses- og behandlingsprincipper, sikre kirurgernes erfaringsgrundlag og tilgodese en forsvarlig driftsøkonomi.

Som led i den nye specialestruktur i det danske sygehusvæsen stilles der krav om høj faglig standard. Det gælder også for den mammakirurgiske funktion. Det har været et længe næret ønske fra Dansk kirurgisk Selskab at få mammakirurgi anerkendt som et fagområde under specialet Kirurgi. Ønsket er blevet accentueret af amternes omlægning af funktionen. Det er vanskeligt at rekruttere kirurger til mammakirurgi og at sikre den faglige standard som situationen er i dag, hvor området ikke indgår i speciale-udbygningen, og der ikke stilles formaliserede krav til uddannelsen. Basisbehandlingen af brystkræft er kirurgisk, og den kirurgiske standard er således et centralt punkt.

De forskellige faglige udvalg under DBCG har i år færdiggjort de nye retningslinier, der på landsplan anbefales for diagnostik og behandling af mamma-cancer. Som noget nyt er der bl.a. anført retningslinier for den diagnostiske udredning af patienter med mamma-symptomer. Det er DBCG Forretningsudvalgets håb, at den nye version må være til gavn for det tværfaglige samarbejde inden for mammadisciplinen på landets sygehuse.

DBCG fylder 25 år.

H. T. Mouridsen

Repræsentantskabsmødet i dag, 21 januar 2002, afholdes 25 år efter DBCG's aktiviteter startede på initiativ af Dansk Kirurgisk Selskab. Den første patient blev randomiseret i eftersommeren 1977 og DBCG afholdt sit første repræsentantskabsmøde april 1978.

Jeg vil derfor benytte lejligheden til kort at ridse op, hvad der er sket inden for de seneste 25 år og også komme med nogle betragtninger om fremtidige aktiviteter.

Registrering.

Antallet af nyregistrerede patienter fremgår af figur 1. Som anført startede DBCG i 1977 med registrering af ca. 110 patienter. Siden er set en konstant stigning til nu ca. 3300 patienter om året. I alt rummer databasen nu over forløbet for ca. 60.000 patienter fra diagnose til recidiv/død.

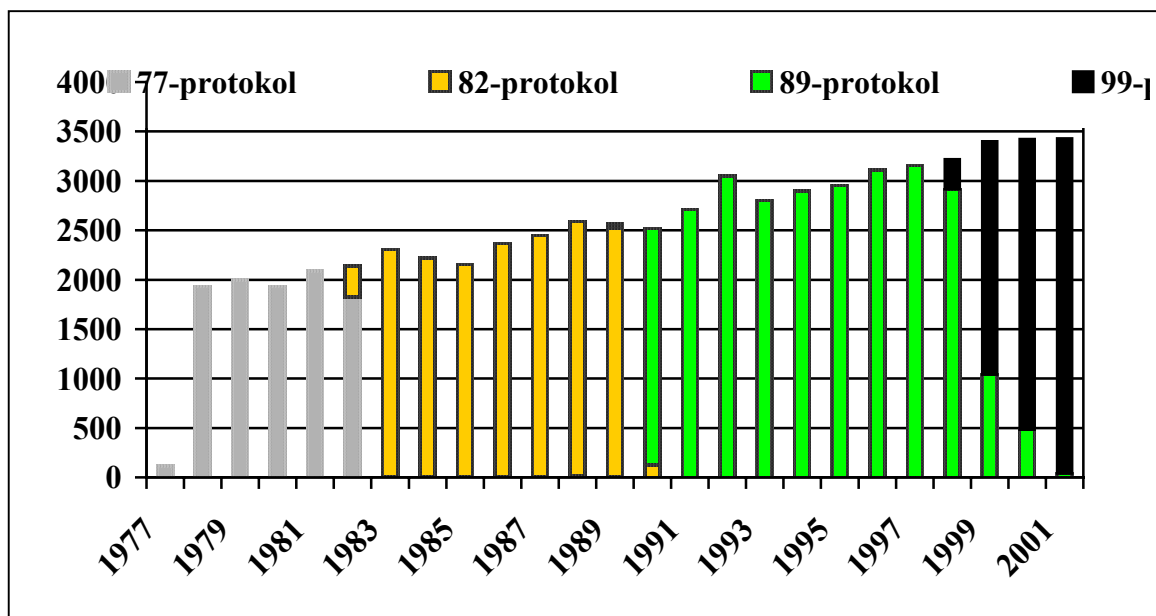
Det er jo vigtigt at registreringen er fuldstændig og ikke selekteret. Der er for nogle år siden foretaget en sammenligning med indberetning til Cancerregistret og den viste, at kun få procent af patienter som ellers skulle været gået i protokol, mangler at være registreret i DBCG. Denne type af analyser vil vi meget gerne gentage i fremtiden.

Den landsdækkende indberetning omfatter jo i dag alene forløbet fra diagnose til recidiv eller død. Vi så meget gerne, at indberetningen omfattede patienternes totale forløb, men er også klar over at det ville medføre et betydeligt ekstra arbejde for afdelingerne.

DBCG arbejder i øjeblikket med planer om med tiden at ændre den hidtidige registrering og indberetning på skemaer til elektronisk registrering.

Den store, stort set uselekterede, database rummer jo mulighed for sideløbende epidemiologiske undersøgelser i samarbejde med andre registre. Sådanne er allerede udført og fremtidige undersøgelser hilses meget velkommen.

Fig.1



Kirurgi

Den kirurgiske behandling har undergået betydelige ændringer i de forløbne år, fra mastektomi og nedre aksildissektion, til mastektomi med mere radikal aksildissektion, en ændring som er sket på basis af DBCG's egne observationer, hvad angår omfanget af aksildissektionen, som en forudsætning for en optimal prognostisk vurdering af patienten og hermed for optimal selektion til eventuel adjuverende behandling.

De senere år er sentinel node teknikken blevet introduceret. Det er helt afgørende nøje, på uselekeret materiale, både på lang og kort sigt at få vurderet konsekvenserne af denne teknik, hvad angår morbiditet relateret til den kirurgisk behandling og til sygdommen. Vi har enestående muligheder for at få afklaret nogle af disse spørgsmål.

Indenfor de seneste 25 år er endvidere sket en øgning af andelen af lumpektomerede patienter, fra få procent til nu ca. 35 procent. Denne andel er stadig væsentligt lavere end i mange andre lande, som vi sammenligner os med og hænger formentlig sammen med den relative lave screeningsaktivitet i Danmark.

Den kirurgiske behandling er blevet centraliseret, specielt i de seneste år, på amtskommunale afdelinger. I 1977 foregik den primære diagnostik og kirurgiske behandling på ca. 60 afdelinger, i dag ser det på ca. 30 afdelinger.

Patologi

De klassiske faktorer: størrelse, grad og nodalstatus er fortsat de vigtigste prognostiske faktorer. Steroid receptorer blev introduceret allerede fra starten, men først de sidste ca. 10 år har den landsdækkende været anvendt som prognostisk og prædiktiv faktor. Med de senere års eksplosive udvikling inden for den molekylære biologi har der åbnet sig helt nye muligheder for at udvikle forbedrede prognostiske og prædiktive faktorer. Hercepttesten er en af de seneste eksempler herpå, men mange andre er på vej.

Patologiudvalget og tumorbiologisk udvalg deltager meget aktivt i denne udvikling, som vi i Danmark, qua den nationale strategi, har betydelig mulighed for at præge. DBCG gør sig i øjeblikket overvejelser over, hvordan man bedst får tilgodeset det behov for ekstra resurser til patologiafdelingerne, som denne udvikling kan medføre. Et eksempel på disse problemer er Hercepttesten. De onkologiske afdelinger har fået tildelt resurser til at behandle med Herceptin, men Hercepttesten, som er en forudsætning for selektion af patienter til denne behandling, er der fortsat ikke bevilget midler til på alle patologiafdelinger.

Onkologi

Før 1977 blev strålebehandling anvendt rutinemæssigt til alle patienter efter den primære operation. Med introduktionen af 77-programmet blev strålebehandlingen kun anbefalet til højrisiko patienter. Da de første resultater af de adjuverende medicinske behandlinger blev publiceret i slutningen 70'erne, gik der efterfølgende en bølge af eufori igennem den medicinske del af den onkologiske verden og på møder og på kongresser gik det optimistiske budskab, at vi med medicinsk behandling formentlig snart kunne glemme alt om strålebehandling, endsig kirurgisk behandling. Cancer mammae var blevet en medicinsk onkologisk sygdom.

Efterfølgende undersøgelser, ikke mindst med bidrag fra DBCG, har imidlertid fastslået, at radikal lokalbehandling af sygdommen, som den kan opnås med kirurgi og strålebehandling er en nødvendig forudsætning, ikke blot for senere lokal kontrol, men også for risikoen for senere fjernsygdom. DBCG's resultater, hvad angår strålebehandling har virkelig sat dette emne på dagsordenen for møder overalt i verden. Retningslinierne for strålebehandlingen er i dag veldefinerede. Fremtidige undersøgelser vil blandt andet centreres om udvikling af bedre prædiktive faktorer for værdien af strålebehandlingen.

Den adjuverende medicinske behandling, enten endokrin eller cytotoxisk, blev i 1977 givet til ca. 30% af de patienter, som i øvrigt opfylder kriterierne for at gå i protokol. Dette tal er nu ca. 75-80%. I mange år anvendte vi alene, CMF og Tamoksifen og senere også antracycliner. De senere år har vi set udviklingen af nye spændende stoffer, som arometase inhibitorer og taxaner, introduceret i den adjuverende situation. Allersenest er udviklet en lang række forskellige vækstfaktorer, som snart vil være klar til afprøvning i den adjuverende situation. Det er ikke urealistisk at tro, at denne udvikling sammen med udviklingen af prædiktive faktorer vil bidrage til en prognose forbedring.

Organisatorisk er der sket betydelige ændringer af den onkologiske indsats.

Strålebehandlingen gives nu alene på centrene og en enkelt decentralt afdeling, som råder over moderne højvoltsapparat. Hvad angår den medicinske behandling, er der siden etablering af DBCG i 1977, blevet oprettet amtslige onkologiske afdelinger i hele landet, undtagen vestsjællands amt.

Prognose

Hele denne indsats gennem de seneste 25 år, har medført en betydelig prognoseforbedring. Figur 2 viser overlevelsen over samtlige patienter registreret i DBCG77, DBCG82 og DBCG89 programmerne, uanset alder, sygdomsstatus på diagnose tidspunktet og protokol. Som det fremgår er 10 års overlevelsen ændret fra ca. 50% til ca. 60%, hvilket svarer til samlet relativ reduktion af dødeligheden på ca. 25% eller ca. 1% pr. år DBCG har eksisteret.

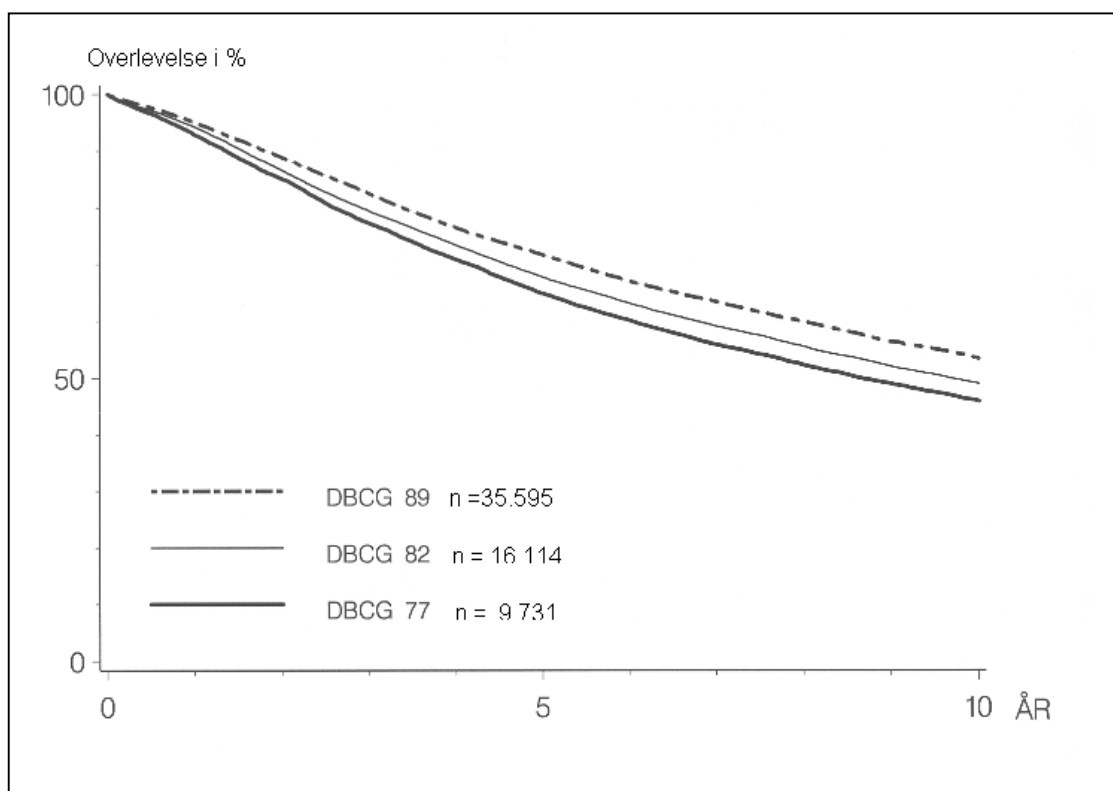


Fig.2 Overlevelseskurver for DBCG's landsdækkende behandlingsprogrammer DBCG-77, DBCG-82 og DBCG-89, der er baseret på alle nydiagnosticerede brystkræftpatienter, der er registreret i DBCG's database uafhængig af alder og protokolallokering siden 1977.

Organisation

Organisationen af DBCG's indsats er, som også omtalt på tidligere repræsentantskabsmøder, ændret fra i starten at opfatte en udelukkende national strategi for efterhånden og specielt de senere år også at omfatte en international strategi med aktiv deltagelse i internationale undersøgelser, først på skandinavisk plan, men nu også inden for rammerne af BIG (Breast International Group). Dette gælder både hvad angår kliniske afprøvninger samt translationsforskning, som led i de kliniske protokoller.

Dette svækker jo på ingen måde betydningen af DBCG's fortsatte arbejde. Der er fortsat behov for på landsbasis at kunne følge udviklingen gennem den centraliserede registrering og indberetning. DBCG betyder endvidere, at vi kan bidrage effektivt som en stærk samarbejdspartner i det internationale samarbejde. DBCG vil endvidere fortsat arbejde for på landsplan at sikre en ensartet og optimal diagnostisk og terapeutisk kvalitet, blandt andet via udarbejdelse af nationale retningslinier. Nye retningslinier for diagnostik, kirurgisk behandling og onkologisk behandling er netop ved at blive udsendt til afdelingerne. De vil i nær fremtid blive suppleret med retningslinier for arvelig brystkræft og for behandling af in situ karcinom.

Samlet indsats

Den samlede indsats har ændret sig væsentligt de sidste 25 år. Hovedvægten af den onkologiske indsats lå før DBCG's etablering på behandling af metastaserende sygdom, som fortsat alene er livsforlængende.

Fra 1977 har betydelig vægt ligget på den adjuverende behandling. Betydning af tidlig diagnose er senere kommet på dagsordenen og endelig er nu præventive studier sat i gang. Vægten er således gået mod en stadig tidligere indsats. I sidste ende kunne vi alle ønske os, at hele indsatsen kunne koncentreres i forebyggelse. Når den er 100% effektiv kan vi nedlægge DBCG i sin nuværende form.

Status for registrering og allokering 2001. Status for DBCG 89-CX (Exemestan), DBCG 98-C (Femta) og DBCG 99-F (Tax 315).

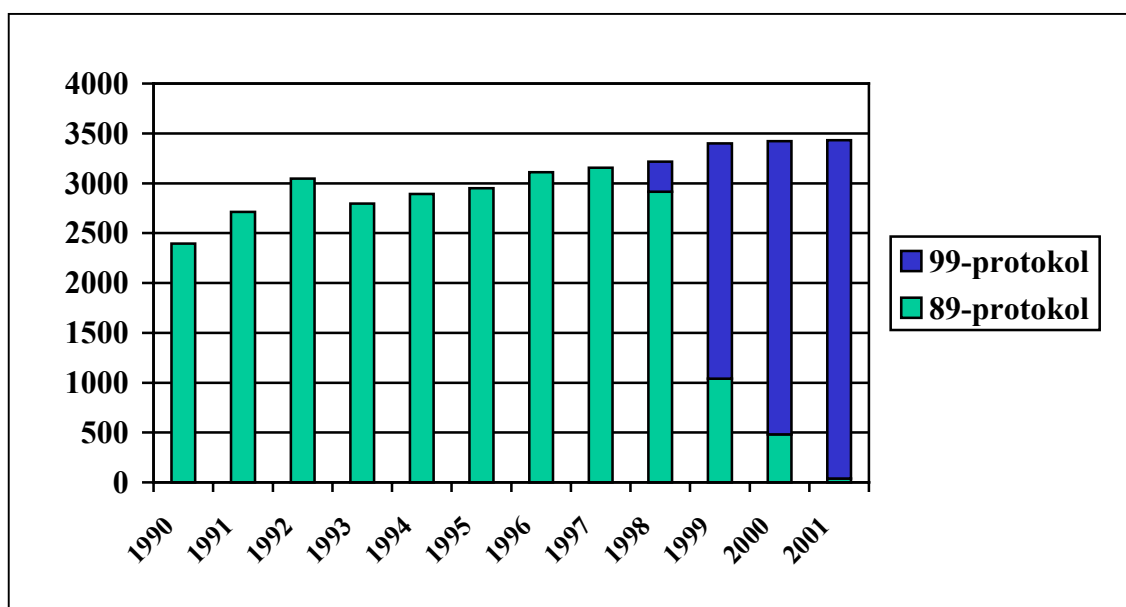
Susanne Møller.

Indledning.

Status for DBCGs registreringer for 2001 er opgjort pr. 1. april 2002. Det betyder, at de fleste nyregistreringer er med i opgørelsen via indberetninger på mamma- og patologiskemaet for 2001. Status for allokering til protokol og regime, er mindre sikker, idet den endelige bekræftelse indberettes via flowsheet-skemaer, der tidligst kommer til DBCG efter 12 ugers efterbehandling.

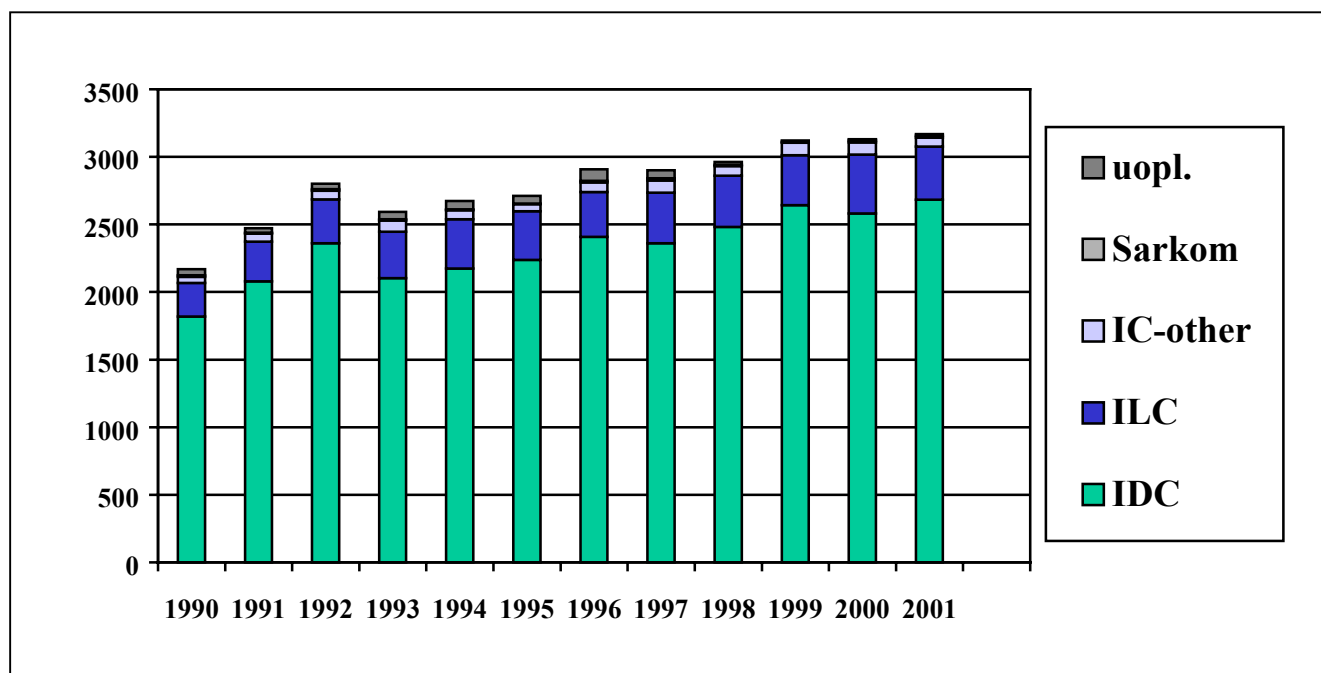
Antallet af nye indberetninger har ligget temmelig konstant de sidste 3 år på ca. 3400. Overgangen fra 89-protokollerne til 99-protokollerne er i løbet af 2001 sket for alle amter. Antal registreringer pr år og fordeling mellem 89- og 99-protokollerne ses i figur 1

Figur 1. Antal registreringer fordelt på 89- og 99-protokollerne (N=36.586)



Fordelingen af diagnoser ses i figur 2. I 2001 havde 84.7% invasiv ductal carcinom (IDC), 12.4% havde invasiv lobulær carcinom (ILC) og 2.1 % havde invasiv carcinom (IC). Der har i alt været 121 patienter med sarkom, i 2001 var der 13 patienter (0.4%). Andelen af uoplyste er faldet i løbet af perioden fra ca. 2% til 0.4% i 2002. Der har i hele perioden 1990-2001 kun været 2 patienter med hoveddiagnose PDN og 5 patienter med 'andre diagnoser'.

Figur 2 Fordeling på diagnosegrupper pr år



Fordelingen i protokoller pr år.

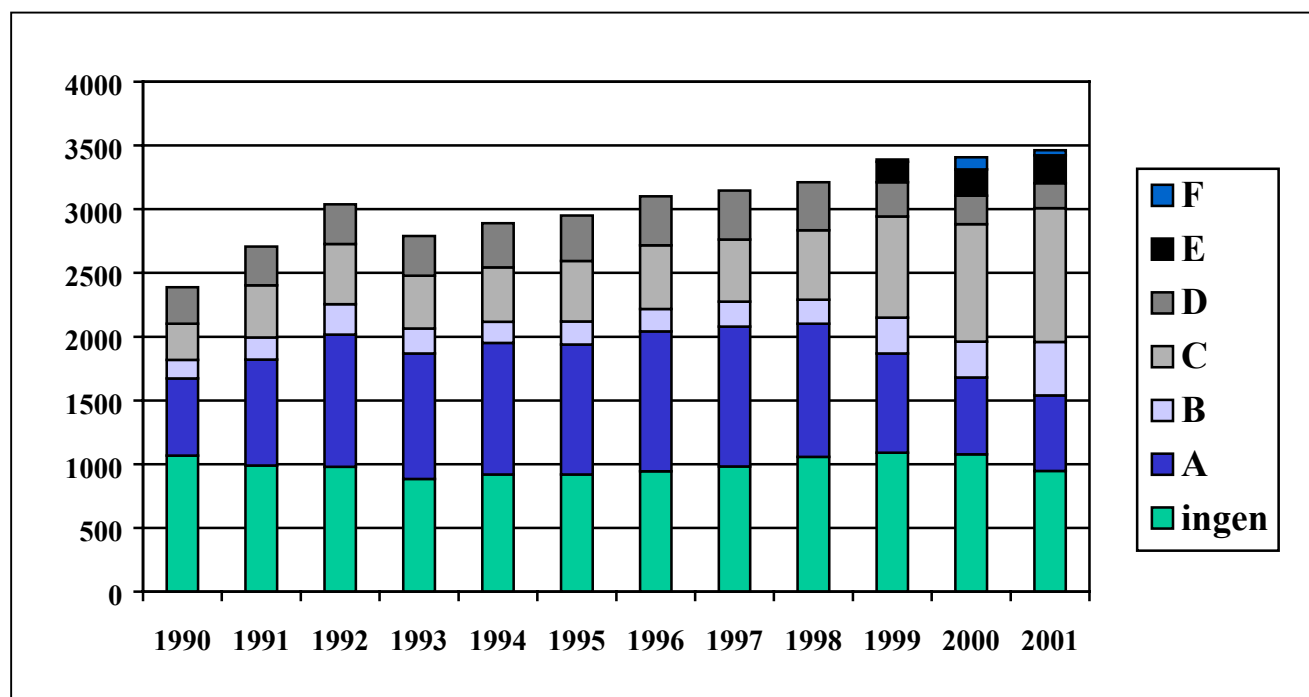
I perioden 1990 –1998 var fordelingen af allokering til protokollerne ret konstant over årene. (figur 3) Totalt var 33% uden for protokol, 34% i protokol A uden efterbehandling med kemoterapi, 7% i protokol B med efterbehandling med CMF eller kastration, 15% i protokol C med Tamoxifenbehandling i op til 5 år og 11% var i protokol D med efterbehandling med CMF eller CEF.

Denne fordeling er ændret med indførelsen af de nye kriterier for definition af henholdsvis lavrisiko og højrisiko patienter:

- tumorstørrelse 2 cm mod tidligere 5 cm
- inddragelse af receptorstatus alene i definitionen af høj- og lavrisiko
- inddragelse af malignitetsgrad alene i definitionen af høj- og lavrisiko.

Der er i 2001 kun halvt så mange patienter i lavrisikogruppen, der allokeres til protokol A. (tabel 1) Der er flere patienter, der allokeres til protokollerne 99B og 99C inklusive 98C (Big-1-98 ~Femta), mens antallet i protokollerne 99D og 99E tilsammen er af samme størrelsesorden som i protokol 89D med de gamle kriterier. Der er i perioden 1999-2001 ca. 1.5% pr år der er indgået i DBCG 99 F-protokollen (~ TAX 315), der omfatter patienter, der kunne gå i DBCG 99B eller DBCG 99D og behandles med CEF.

Figur 3 Allokering til protokoller pr år



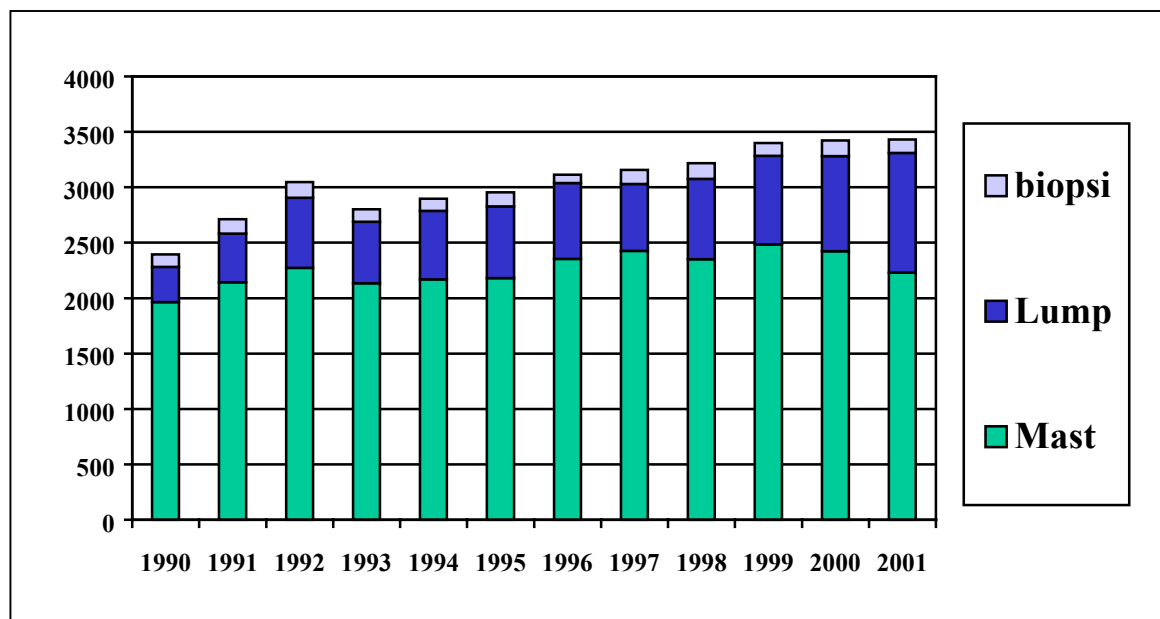
Tallene for 2001 ses i tabel 1

Tabel 1 Antal patenter allokeret til protokollerne i 2001

Protokol	Kriterier for allokering Menopause	receptor	Efterbehandling Kemo/hormon	Antal (% af total N=3431), 947 (27.6%) er udenf.prot.
A	Lavrisiko		Ingen	539 (15.7%)
B	Præ-,	R+	CEF + TAM	419 (12.2%)
C	Peri/post	R+/R?	TAM / rand. i Femta	1050 (30.6%)
D	Præ-, Peri-,	R-/R? R-	CEF	195 (5.7%)
E	Post-	R-	CMF	219 (6.4%)
F	Præ-, Peri-,	R+/R- R-	Rand i TAX 315 Adriamycin +CMF +/- Taxotere (+Tam)	40 (1.2%)

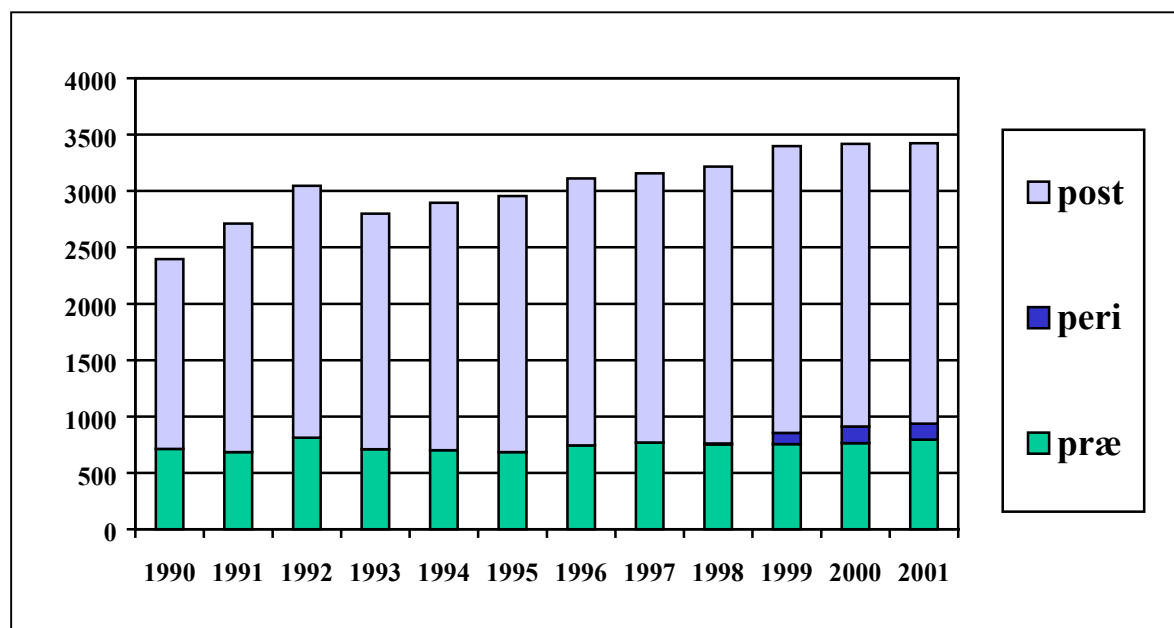
Figur 4 viser fordelingen af operationstypen. Det ses at andelen af lumpectomerede patienter har været stigende fra ca. 20% i 1992-1997 til 31% i 2001. Andelen af patienter, der kun får en biopsi, har i hele perioden været 3-5%, i 2001 er det 3.5% .

Figur 4 Fordeling af operationstype pr år



Andelen af postmenopausale patienter har ligget på 70-77%, højest i perioden 1994-1998. Andelen har været faldende fra 1998 til 2001, hvor den var 72.6%. Andelen af pre- og perimenopausale var i 2001 henholdsvis 23.2% og 4.2% . (figur 5)

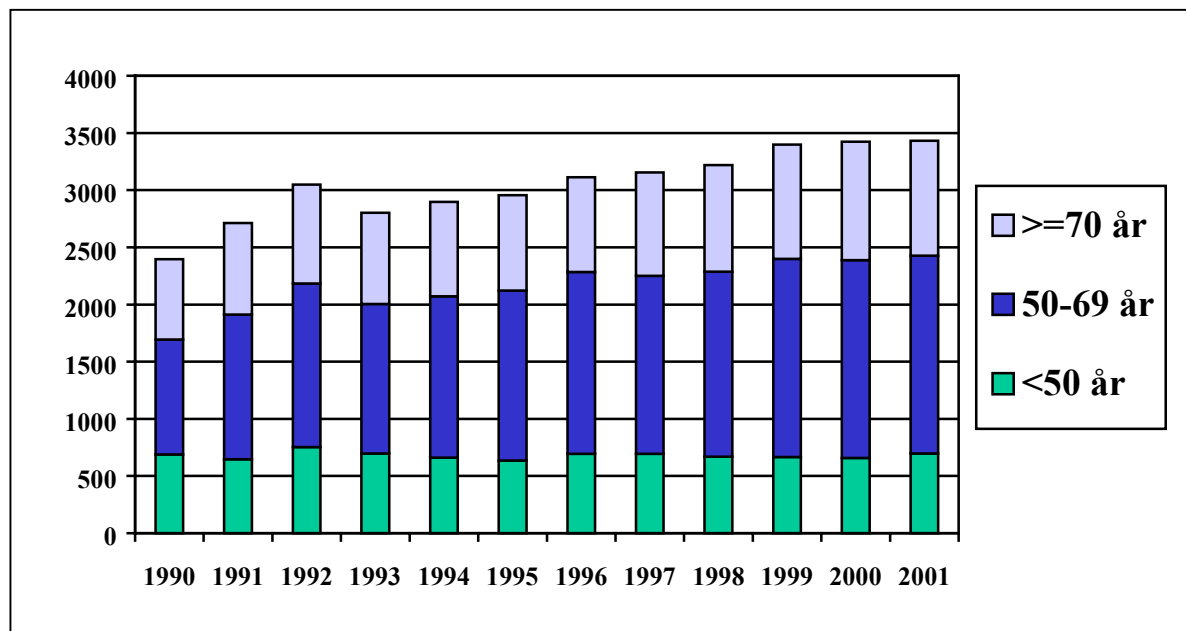
Figur 5 Menopausestatus pr år



Aldersfordelingen ses i figur 6. Andelen af patienter på 50-69 år er stigende til og med 1995 fra 42% til 50%, og har siden været ret konstant 49-51%. Andelen af kvinder < 50 år er faldende fra ca. 24% til 20% , mens andelen af kvinder >= 70år er konstant på ca 30%.

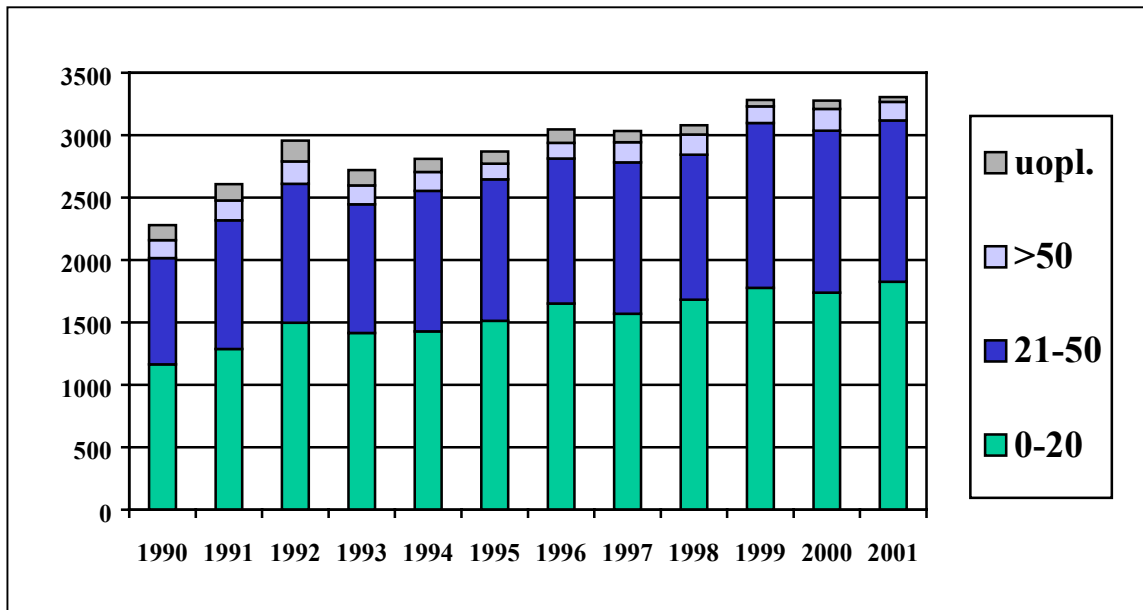
Tallene for 2001 var < 50 år (20.4%), 50-69 år (50.4%) , >=70 år (29.2%).

Figur 6 Aldersfordeling pr år



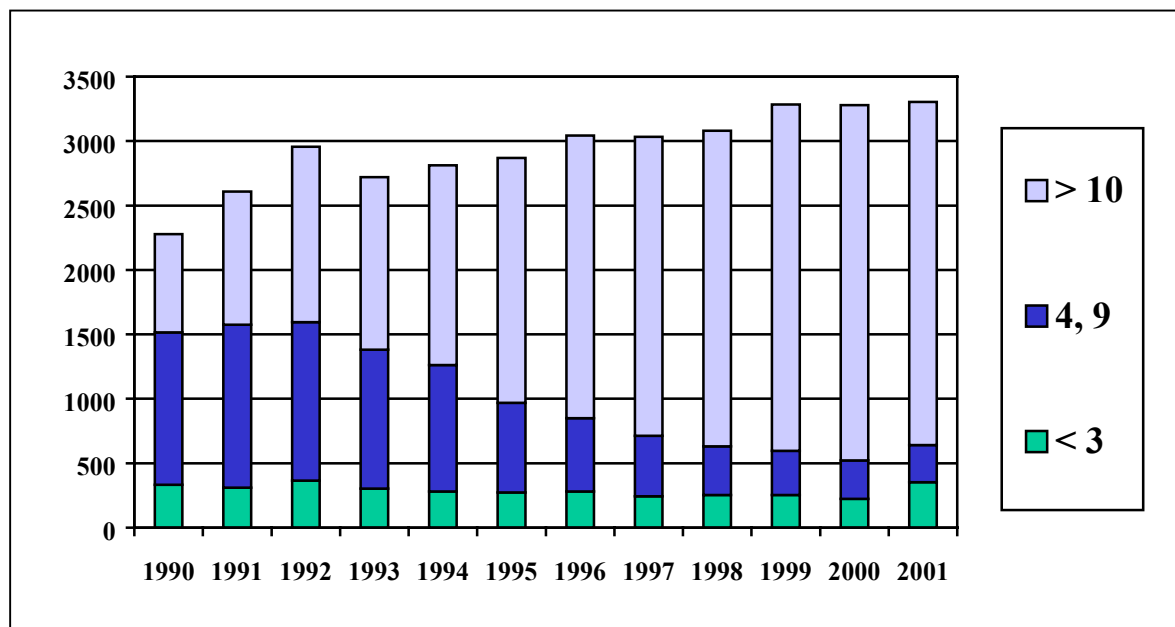
Fordelingen af tumorstørrelse er vist i figur 7. Der er en tendens til at tumorstørrelsen er faldet, idet andelen af tumorer med diameter <20mm er steget fra ca 50% i starten af perioden til 55.3% . i 2001. Andelen af tumorer i intervallet 21-50mm svinger i perioden mellem 37.3 og 40.2% , der er i 2001 39.1% i denne gruppe . Andelen af tumorer >50mm er faldet fra 6% til 4.5% i 2002. Der er desuden blevet færre med uoplyst størrelse, i 1990-1992 var der ca. 5% uoplyste, det er nu nede på 1.2% uoplyste.

Figur 7 Fordeling af tumors største diameter pr. år



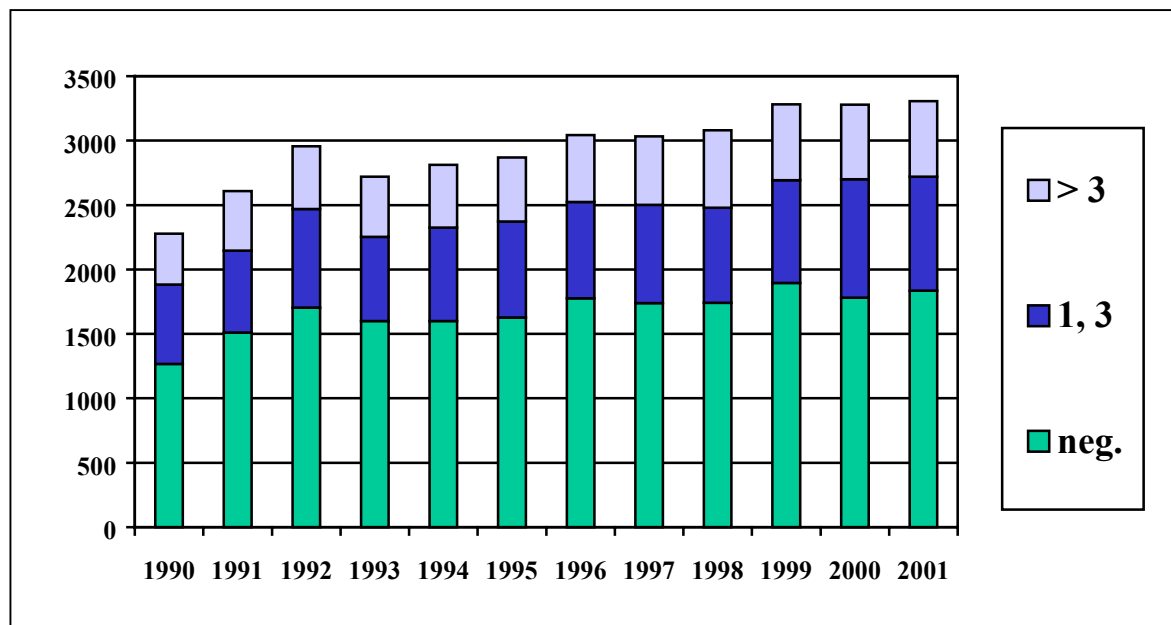
Der er sket en markant stigning i andelen af operationer, hvor der er udtaget 10 eller flere lymfeknuder. (fig.8). I 2001 var fordelingen ≤ 3 lymfeknuder (10.6%), 4-9 lymfeknuder (8.7%), ≥ 10 lymfeknuder (80.6%). Stigningen af andelen 0-3 lymfeknuder i 2001 i forhold til forgående år skyldes, at nogle få afdelinger er startet med at udføre operationer med sentinel node teknik. Ud af 352 patienter, der havde fået fjernet 0-3 lymfeknuder, fik 57 fjernet netop én lymfeknude.

Figur 8 Antal udtagne lymfeknuder pr år



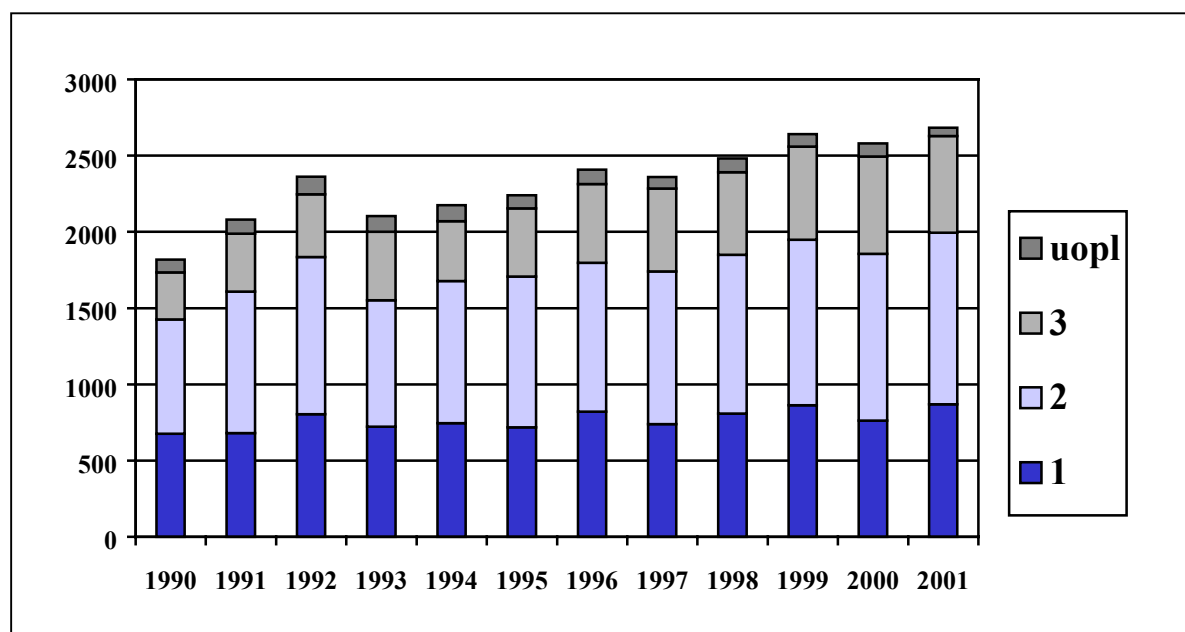
Fordelingen af antal tumorpositive lymfeknuder har været næsten uændret i hele perioden. (fig.9). Tallene for 2001 var node negativ (55.5%), 1-3 positive lymfeknuder (26.7%), 4-50 positive lymfeknuder (17.7%)

Figur 9 Fordelingen af antal tumorpositive lymfeknuder pr år



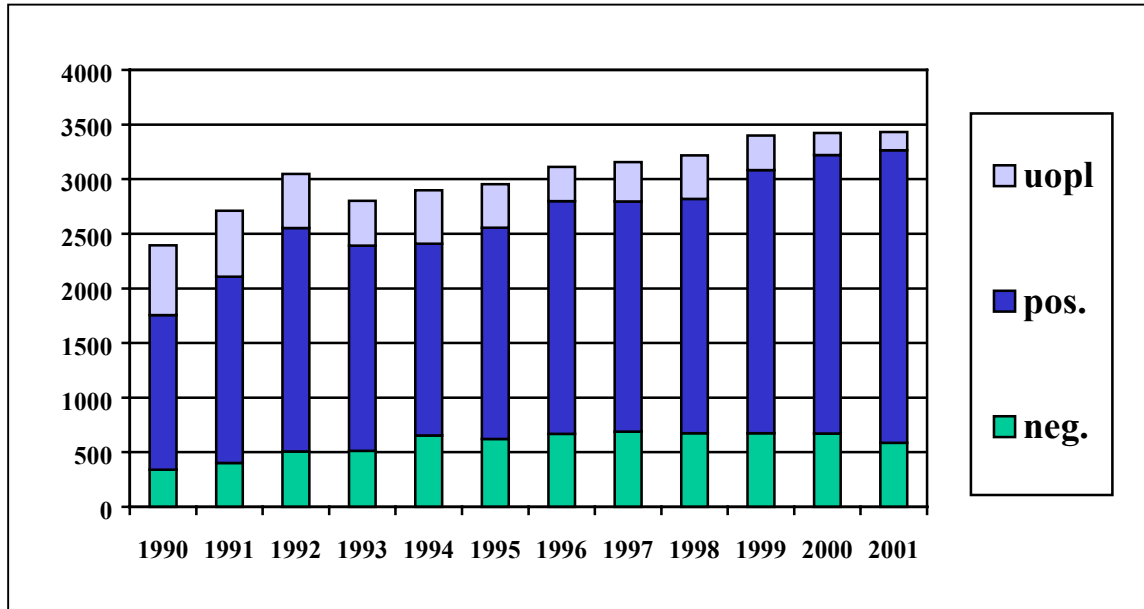
Anaplasigraden er bestemt for de invasive duktable tumorer. (fig.10). Der er ialt 27.967 patienter med den diagnose i 89- og 99-protokollerne . Andelen af grad I og II har været meget ens i hele perioden, andelen har ligget på 30-34% for grad I og 40-44% for grad II. Der er en stigning i andelen af grad III fra 18% til 24%. Andelen af uoplyste er faldet fra 5% i 1990-1994 til 2% i 2001. Tallene for 2001 var grad I (32.4%), grad II (41.9%), grad III (23.6%), uoplyst (2.1%).

Figur 10 Fordeling af anaplasigrad I-III for invasiv dukтал tumor pr år



Andelen af patienter med uoplyst receptorstatus er i løbet af perioden faldet fra 26% til 5% (fig.11). Andelen af receptor negative er i forhold til receptorpositive faldet i løbet af perioden. Forholdet p(R-)/p(R+) var i 1995-1997 ca. 0.32 mod 0.21 i år 2001. I 2001 var andelen af receptornegative 17.1%, og receptorpositive 78%, der var 4.9% uoplyste.

Figur 11 Fordeling af receptorstatus pr år



Status for protokol DBCG 99F (TAX315, RP56976, BIG 2-98)

DBCG 99F er et randomiseret dobbeltblindt studie, der skal undersøge effekten af tillæg af taxanet Taxotere til anthracyklinholdig kemoterapi hos patienter opereret for brystkræft med spredning til lymfeknuder i aksillen. Det primære endemål er recidivfri overlevelse. Det er patienter, der kan allokeres til 99B og 99D til CEF-behandling, der kan randomiseres til TAX315. Første patient blev inkluderet 14.10.99.

Inklusionen til studiet sluttede 26. juni 2001, hvor der i alt var inkluderet 2890 patienter. I Danmark blev der inkluderet 156 patienter med følgende fordeling pr. center:

Center	Antal inkluderede patienter
Rigshospitalet	44
Roskilde	20
Ålborg	20
Vejle	27
Herlev	19
Næstved	11
Odense	6
Sønderborg	4
Esbjerg	5
I alt	156

Der er planlagt en interimundersøgelse, når der er rapporteret 405 hændelser (recidiv eller død). Det var oprindeligt forventet at være sket i begyndelsen af 2002, men det har vist sig, at tiden indtil en hændelse indtræffer er længere i dette studie end forventet, således at det nu ser ud til, at interimanalysen først kan foretages til sommer. I Danmark er der rapporteret 4 hændelser med recidiv blandt de 156 patienter.

Status for protokol DBCG 89-CX (Exemestan, Study OEXE 031, BIG 2-97)

DBCG 89-CX er et randomiseret dobbeltblindt studie, med postmenopausale patienter, der har fået adjuverende tamoxifen i 2-3 år, og som herefter randomiseres til yderligere 2-3 års behandling med enten tamoxifen eller exemestan. Det primære endemål er recidivfri overlevelse. Det er patienter, der allerede er allokeret til 89C/99C standardbehandling, der kunne randomiseres til 89-CX. Første patient blev inkluderet 11.11.98.

Inklusionen til studiet sluttede 30. august 2001, hvor der i alt var inkluderet 4628 patienter. I Danmark blev der i alt inkluderet 136 patienter med følgende fordeling pr. center:

Center	Antal inkluderede patienter
Rigshospitalet	27
Århus	24
Herlev	28
Vejle	6
Roskilde	14
Næstved	17
Hillerød	6
Viborg	9
Esbjerg	4
Herning	1
I alt	136

Status for protokol DBCG 98C (Femta 019, BIG 1-98)

DBCG 98C er et randomiseret dobbeltblindt studie, der startede 15. juni 1998 som et 2-arms studie, med det formål at sammenligne 5 års tamoxifen med 5 års letrozol. Fra 1-5-1999 blev studiet ændret til et 4-armsstudie med behandlingerne: 5 års tamoxifen / 5 års letrozol / 2 års tamoxifen efterfulgt af 3 års letrozol / 2 års letrozol efterfulgt af 3 års tamoxifen. Det primære endemål er recidivfri overlevelse. Det er patienter, der kan allokeres til 99C, der kan randomiseres til Femta protokollen.

Inklusionen til 2-arms studiet sluttede d. 31-8-1999. Der var på det tidspunkt i alt inkluderet ca 1800 patienter, heraf 273 patienter fra Danmark. Inklusionen til 4-arms studiet begyndte i Danmark 3-9-1999, og der er indtil 31-12-2000 inkluderet 673 danske patienter. Der er pr 30.11.2000 indgået 2771 patienter totalt i 4-arms studiet, og det forventes, at det planlagte antal patienter (N=3500) nås medio 2002. Fordelingen af randomiserede patienter pr center er følgende:

Center	Antal randomiserede patienter	Antal randomiserede patienter	I alt
	til 2 arme	til 4 arme	
Rigshospitalet	54	154	208
Herlev	13	79	92
Hillerød	25	48	73
Roskilde	19	33	52
Næstved	8	33	41
Odense	25	70	95
Sønderborg	7	22	29
Esbjerg	15	37	52
Vejle	19	94	113
Holstebro	9	7	16
Herning	8	13	21
Århus	32	20	52
Viborg	3	16	19
Ålborg	36	47	83
I alt	273	673	946

Adjuverende kemoterapi protokol SBG 2000-1

Michael Andersson

Baggrund:

Farmakokinetiske studier har vist, at der er en betydelig individuel variation m.h.t. metabolisering af lægemidler herunder cytostatika

Der er endvidere i retrospektive undersøgelser af brystkræftpatienter, som har modtaget adjuverende kemoterapi, påvist en tendens til at overlevelse/recidivfri overlevelse er relateret til graden af kemoterapipåvirkning målt som graden af hæmatologisk toksisitet, således at patienter med meget ringe hæmatologisk toksisitet i disse undersøgelser har vist at have en lidt dårlig prognose sammenlignet med patienter med en mere udpræget toksisitet.

Formål/end-points:

Formålene med undersøgelsen er, at sammenligne effektiviteten af adjuverende kemoterapi med cyklofosamid, epirubicin og fluracil (CEF) givet enten i standard dosis baseret på estimeret legemesoverflade eller med doser justeret i.h.t. leukocyt nadir. De primære end-points er fjernmetastasefri overlevelse og sekundære end-points er lokal kontrol, overlevelse samt toksisitet.

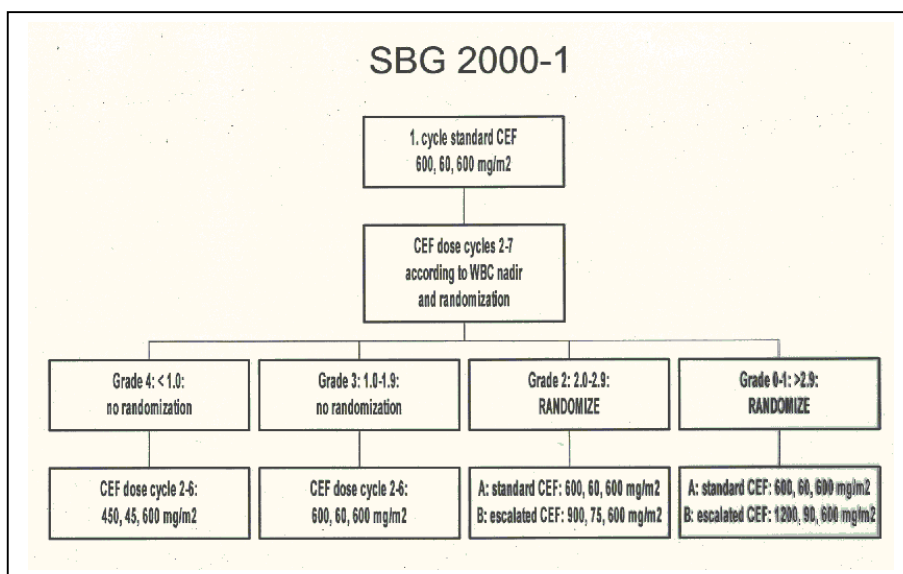
Undersøgelsens design:

Undersøgelsen inkluderer patienter som er præ- eller perimenopausale og som efter operation (mastektomi eller lumpektomi) stratificeres i højrisiko for recidiv. Efter der er afgivet informeret samtykke gives første serie kemoterapi med CEF i standard doser. Leukocyt nadir måles 10, 12/13 og 15 dage efter. Hvis der er grad 3 eller 4 toksisitet fortages ingen randomisering og patienten fortsætter med CEF i standard dosering. Ved grad 0-2 toksisitet foretages randomisering til enten A fortsat kemoterapi serie 2 til 7 med standard doser eller B kemoterapi i dosis 2-7 med cyklofosamid og epirubicin i eskaleret dosis.

Patient antal:

Med alfa på 5 % og en power på 80 % er det estimeret, at for at kunne identificere en 5 års øgning af fjernrecidivfri overlevelse fra 65-75 % behøves 1429 patienter, som skal registreres i en 3 års periode og følges op i 2 år efter.

Undersøgelsen foregår på de fleste onkologiske afdelinger i Danmark og i Sverige som led i samarbejde i den Skandinaviske brystkræftgruppe. Pr. 1. januar 2002 var der registreret 230 patienter i Sverige og 22 patienter i Danmark.



¹ Pr. 1.06.2002 var der i Sverige registreret 430 patienter og i Danmark 131 patienter.

Revision af DBCG-retningslinier – Genetisk udredning og rådgivning ved arvelig disposition til bryst – og æggestokkræft.

Bent Ejlersen

De første retningslinier for genetisk udredning og rådgivning udkom i 1997, og retningslinierne har i 2001 gennemgået en større omarbejdning. Retningslinierne er udarbejdet på baggrund af en gennemgang af litteraturen, og eksisterende udenlandske retningslinier har været vejledende. Retningslinierne har nu tilslutning fra samtlige genetiske afdelinger i Danmark, og er således landsdækkende (Figur 1).

Flere nye afsnit er tilføjet i retningslinierne. I samarbejde med en arbejdsgruppen nedsat af Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi er der udarbejdet et afsnit om intervention ved arvelig disposition til c. ovarii, og den gynækologiske opfølgning af disse risikopersoner vil blive indberettet til HBOC-registeret i DBCG. Der er endvidere udarbejdet retningslinier for kontrol og profylakse overfor nye primære tumorer til kræftpatienter med arvelig bryst- og æggestokkræft (Figur 2).

Figur 1; Regioner		Figur 2; Intervention	
AFDELING	AMT	Raske risikopersoner	Kræftpatienter
J.F. Kennedy Institutet	Københavns Amt	<ul style="list-style-type: none"> • Brystkræft <ul style="list-style-type: none"> – Screening – Kirurgi – Hormonal behandling • Æggestokkræft <ul style="list-style-type: none"> – Screening – Kirurgi – Hormonal behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Brystkræft <ul style="list-style-type: none"> – Kirurgi – Adjuverende behandling – Sekundær profylakse – Kontraception og HRT • Æggestokkræft <ul style="list-style-type: none"> – Kirurgi – Kemoterapi – Sekundær profylakse – HRT
IMBG, Panum Institutet	Frederiksborg Amt		
Odense Universitetshospital	Fyns og Sønderjyllands Amter		
Rigshospitalet	H:S, Bornholms, Roskilde, Vestsjælland og Storstrøms Amter samt Færøerne og Grønland		
Vejle Sygehus	Vejle og Ribe Amter		
Århus Kommunehospital	Århus, Nordjylland, Ringkøbing og Viborg Amter		

Der er kun mindre ændringer i udvælgelsen af risikopersonerne (Figur 3). Derimod er der større ændringer i screenings-programmet for brystkræft. Risikopersonerne opdeles nu i en høj-risiko og en moderat-risiko gruppe. For de sidstnævnte reduceres antallet af kontroller ligesom tidspunktet for første mammografi udskydes til 40 års alderen. For høj-risikogruppen øges antallet af kontrollerne derimod, og starttidspunktet for første mammografi fastholdes ved 30 års alderen (Figur 4). DBCG-retningslinierne er dermed bragt i overensstemmelse med internationale anbefalinger på området.

Figur 3, Genetisk udredning		Figur 4; Screening for brystkræft			
Patienten er førstegradsslægting (eller andengrads slægtinge via en mand) til:		Beregnet livstidsrisiko			
		Ikke øget	Moderat	Høj risiko	
<ul style="list-style-type: none"> • En patient der fik påvist brystkræft før 40 års alderen. • En patient der har haft både bryst- og æggestokkræft. • To første grads slægtinge med brystkræft før 50 år eller æggestokkræft. • Tre førstegradsslægtinge med brystkræft helst over mindst to generationer, hvoraf mindst én fik påvist sygdommen før 50 års alderen. • En mand med brystkræft • En person, i hvis familie der forekommer en mutation, der medfører øget risiko for bryst- og/eller æggestokkræft. 		< 15%	15 – 30%	> 30%	
		< 50 år			
		Basismammografi	Ved symptomer	Fra 40 år*	Fra 30 år*
		Opfølgning	Ingen	KMAM årligt	KMAM årligt
		50 – 69 år			
		Opfølgning	Amts afgørelse	SMAM (2 år)	KMAM årligt
		> 70 år			
		Opfølgning	Ingen	Ingen	SMAM (2 år)

*Dog 5 år før første tilfælde i familien. KMAM: Klinisk mammografi, SMAM: Screening

Kvalitetscirkel for finnålsaspirater og grovnålsbiopsier fra mamma

Lone Bech Christensen, Fritz Rank, Søren Daugaard, Lise Christensen.

På initiativ fra DSPAC besluttede danske patologer i 2000 at oprette en landsdækkende, løbende kvalitetsvurdering af den diagnostiske sikkerhed vedr. nålebiopsier fra mamma. Vejledningen findes i DBCG-retningslinier 2001 og en mere detaljeret gennemgang foreligger i NHSBSP Publication No 50 (1).

Kvalitetscirklen startede januar 2001 og resultatet for hvert halve år indberettes til DBCG's patologiudvalg, hvor det vil være tilgængeligt, delvis på samme måde som f.eks. kvalitetsvurderingen af hormonreceptorundersøgelsen.

Der er for nylig publiceret en evaluering af det præoperative udredningsforløb i forbindelse med mammografiscreening i Københavns Kommune 1991-97 (2). I tabel 1 sammenlignes finnålsaspirater (FNAC) fra screeningsundersøgelsen (n 622) med resultatet fra samtlige FNAC fra mamma på Rigshospitalet i første halvår 2001 (n 449) samt med minimumskravene for NHS-UK. Den suspekterede rate er antallet af C-3 og C-4 diagnoser, som procentdel af det totale antal cytologieresultater. Disse to diagnoser (Atypi respektive Malignitetssuspekt), er sammen med antallet af uegnede aspirater (C-1) formentlig det vigtigste punkt på dagsordenen i samarbejdet med Tripletestens to øvrige deltagere, i første række Billeddiagnostisk Afdeling.

I tabel 2 sammenlignes resultatet fra grovnålsbiopsierne på Rigshospitalet første halvår 2001 (n 231) med minimumskravene fra NHS-UK. Resultatet tyder på større sikkerhed end FNAC, men det er vigtigt at opfatte de to biopsimetoder som komplementære, hvilket også indgår i kravene til akkreditering. Det er i denne forbindelse vigtigt at påpege, at grovnålsbiopsien kan være både falsk-negativ og i sjældne tilfælde også falsk-positiv. Ved usikkerhed i den præoperative diagnostik foretages excisionsbiopsi. Frysesnit bør reduceres til et absolut minimum.

1. Non-Operative Diagnosis Subgroup of the National Coordinating Group for Breast Screening Pathology. Guidelines for Non-Operative diagnostic Procedures and Reporting in Breast Cancer Screening. NHS Cancer Screenings Programmes, 2001 (NHSBSP Publication No 50).

2. Lone Bech Christensen, Fritz E. Rank, Mogens Blichert-Toft et al. Mammografiscreening i Københavns Kommune 1991 – 1997. Evaluering af det præoperative udredningsforløb. Ugeskr Læger 2002;164:191-5

TABEL 1

Finnål	NHS-UK	RH	Screen
Sens	> 60%	69	77
Spec	> 55	69	41
PPV (C5)	> 98	96	100
F÷	< 6	4	5
F+	< 1	3	0,2
Uegnet	< 25	13	21
Uegnet (karc.)	< 10	3	16
Susp	< 20	15	22

Tabel 2

Grovnål	NHS-UK	RH
Sens	> 70%	89
Spec	> 75%	83
PPV (B5)	> 99	99
F÷		5
F+	< 0.5	0.6
Uegnet		6
Uegnet (karc.)	< 15	4
Susp	< 10	2

DBCG's statutter.

Henning T. Mouridsen

DBCG's statutter er senest revideret december 1990, og der er et betydeligt behov for revision.

Siden revisionen i 1990 er DBCG's forretningsudvalg blevet suppleret med en repræsentant fra Dansk Selskab For Diagnostisk Radiologi, og forretningsudvalget har endvidere planer om at supplere med repræsentation fra Dansk Selskab for Cancer Forskning og Dansk Selskab For Medicinsk Genetik. Forslaget fik bred tilslutning fra forsamlingen.

DBCG's forretningsudvalg har inden for de senere år ved flere lejligheder udøvet rådgivende funktion overfor sundhedsmyndigheder, specielt i forbindelse med indførelse af nye behandlingsmodaliteter. Der var i forsamlingen bred enighed om, at DBCG's forretningsudvalg også i fremtiden bør påtage sig sådant rådgivningsarbejde.

Forretningsudvalget vil nu i samarbejde med de videnskabelige udvalg udarbejde revideret statutter, der vil blive præsenteret på næste repræsentantsskabsmøde.

HER-2 og TOPO-2 som prognostiske/prædiktive faktorer ved cancer mammae.

Karen Ege Olsen

Foreløbige resultater

Pilotprojekt: metodestudie på et materiale på 122 mammaekarcinomer med immunhistokemisk påvisning af HER2-protein overekspression (HercepTest) versus genamplifikation påvist ved FISH samt undersøgelse af topo2 α genamplifikation eller –deletion i forhold til ændringerne af HER2 protein og genforandringer.

Den første del af metodestudiet viste, at 31 tumorer indeholdt HER2 genamplifikation og 28 af disse kunne identificeres med immunhistokemisk proteinoverekspression svarnde til HercepTest 3+ (Tabel 1).

Tabel 1

	HercepTest					
		0	1+	2+	3+	Total
FISH HER2	neg <2	44	27	15	5	91
	pos >2	0	2	1	28	31
	Total	44	29	16	33	122

FISH-undersøgelsen af topo2 α viste et mindre antal ændringer, hvor 11 tumorer indeholdt amplifikation (heraf 10 HercepTest 3+), og 9 tumorer viste deletion (heraf 6 HercepTest 3+). Nogle tumorer var vanskelige at tolke, idet der tilsyneladende var tale om en heterogenitet i cellerne i den enkelte tumor med både amplifikation og deletion.

Sammenfattende for resultatet er, at der er god, men ikke fuldstændig overensstemmelse mellem HER2-protein-overekspression og genforandringer i HER2 og topo2 α . Resultaterne skal ligge til grund for et studie af tumormaterialet i DBCG protokol 89D.

Databaseregistrering af patienter med cancer mammae.

Peer Christiansen

Der blev præsenteret et databaseprogram, OPUS_{TM}MAMMACANCER, der er udviklet af CSC Scandihealth A/S i samarbejde med en gruppe læger fra mammedamet ved Århus Universitetshospital. Det er resultatet af et HEP-finansieret pilotprojekt med udgangspunkt i CONQUEST (EU-finansieret forskningsprojekt under DGXIIIs 4. rammeprogram for "Health Telematics").

Formålet med projektet har været at etablere et system,

- Der giver direkte og umiddelbar adgang for alle involverede i mammedamet til foreliggende journalmateriale,
- Der sikrer at journalmaterialet formaliseres,
- Samtidig med at der løbende registreres data til senere indberetning til f.eks. DBCG og Cancerregisteret.

Der er udviklet et selvstændigt program, der kan køre på en almindelig PC'er, og data kan udveksles med Grønt system og Kodak Ris. Centralt i systemet er en server, som er tilknyttet netværket på Universitetshospitalet. Der er således direkte adgang til alle data for alle de tilknyttede afdelinger (radiologisk, patologisk, kirurgisk og onkologisk afdeling). Der er således mulighed for at følge behandlingsforløbet på tværs af afdelinger og institutioner.

Brugergrænsefladen er udformet med skærbilleder, der modsvarer skemaer i A4-format. I den del af programmet, der indtil videre er taget i brug, er der skemaer til registrering af:

- Mammografi- og ultralydsbeskrivelse,
- Klinisk vurdering,
- Operationsbeskrivelse,
- Patologibeskrivelser og
- epikrise.

Der er også et skema med anamnesticke oplysninger, som kan indskannes fra et selvoplysningsskema, der udsendes til patienterne før den første sygehuskontakt. Indberetningsskemaer til DBCG og Cancerregistret kan genereres direkte fra systemet, idet alle relevante informationer er indhentet i forløbet.

Der er planlagt udformning af yderligere registreringsark med henblik på registrering af den medicinsk onkologiske og radioterapeutiske behandling og indberetning af tilhørende data, men den del af databasen er endnu ikke færdigudviklet.

SCREENING – HVAD SKER DER?

Elsebeth Lyng

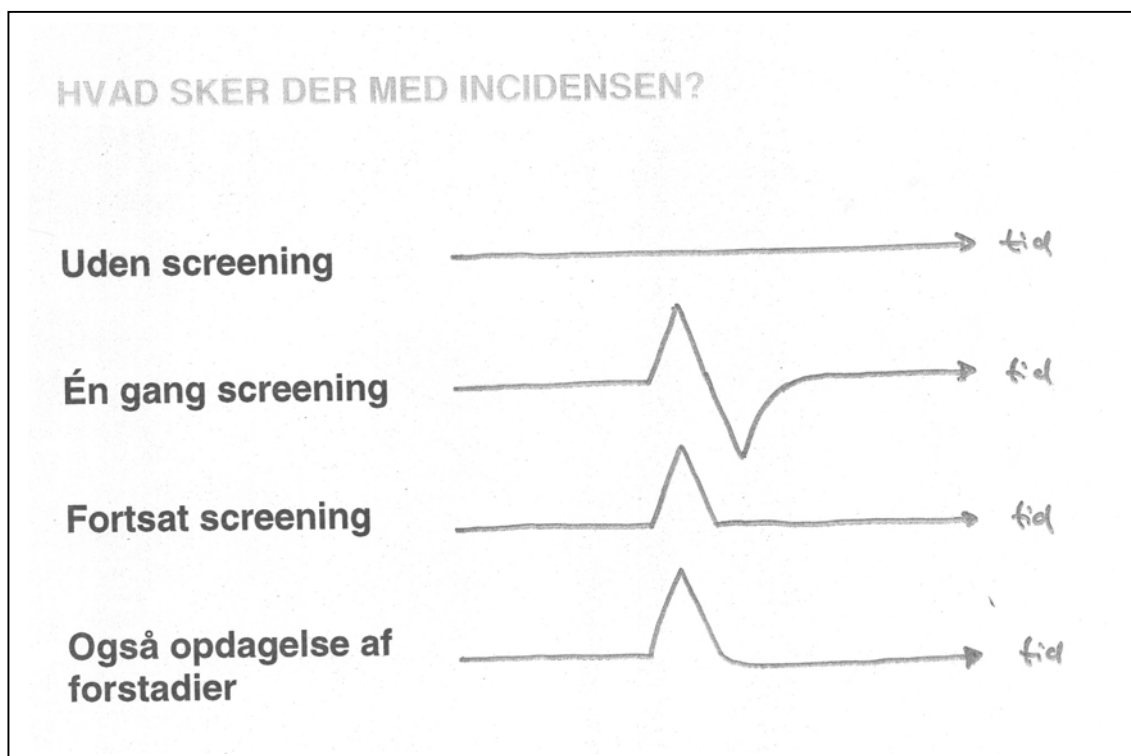
Formålet med screeningen er at gribe ind i sygdommens naturhistorie. Uden screening vil en brystkræftpatient blive diagnosticeret, når lidelsen har givet kvinden symptomer. Med screening forsøger man at fremrykke diagnosetidspunktet således, at diagnosen bliver stillet, inden lidelsen har givet kvinden symptomer. Med den tidligere diagnostik vil det være muligt at give kvinden en bedre behandling, og dermed – forhåbentlig – forbedre hendes overlevelse.

Det er vanskeligt at opgøre, om det lykkes at forlænge patienternes liv med screeningen. Det skyldes, at den tidligere diagnose per definition vil medføre, at patienten har en længere overlevelse fra diagnosetidspunktet til død, også selvom screeningen ikke virker. Derfor er det nødvendigt at foretage lodtrækningsforsøg i hele populationen af raske kvinder for at undersøge, om man med screening kan nedsætte dødeligheden af brystkræft. Sådanne undersøgelser er foretaget i bl.a. Sverige, hvor der fundet en 29 %'s lavere dødelighed af brystkræft i screeningsgruppen end i kontrolgruppen hos kvinder, der var 50-69 år da de blev tilbudt screening. Disse resultater ligger til grund for de to screeningsprogrammer i H:S og Fyns amt.

Det tage lang tid, inden et screeningsprogram kan forventes at påvirke dødeligheden af brystkræft. I de første mange år af et program må monitoringen af udkommet derfor baseres på korttidsmål.

Vi vil her se på hvilke ændringer, der kan forventes i incidensen af invasiv brystkræft. (figur 1).

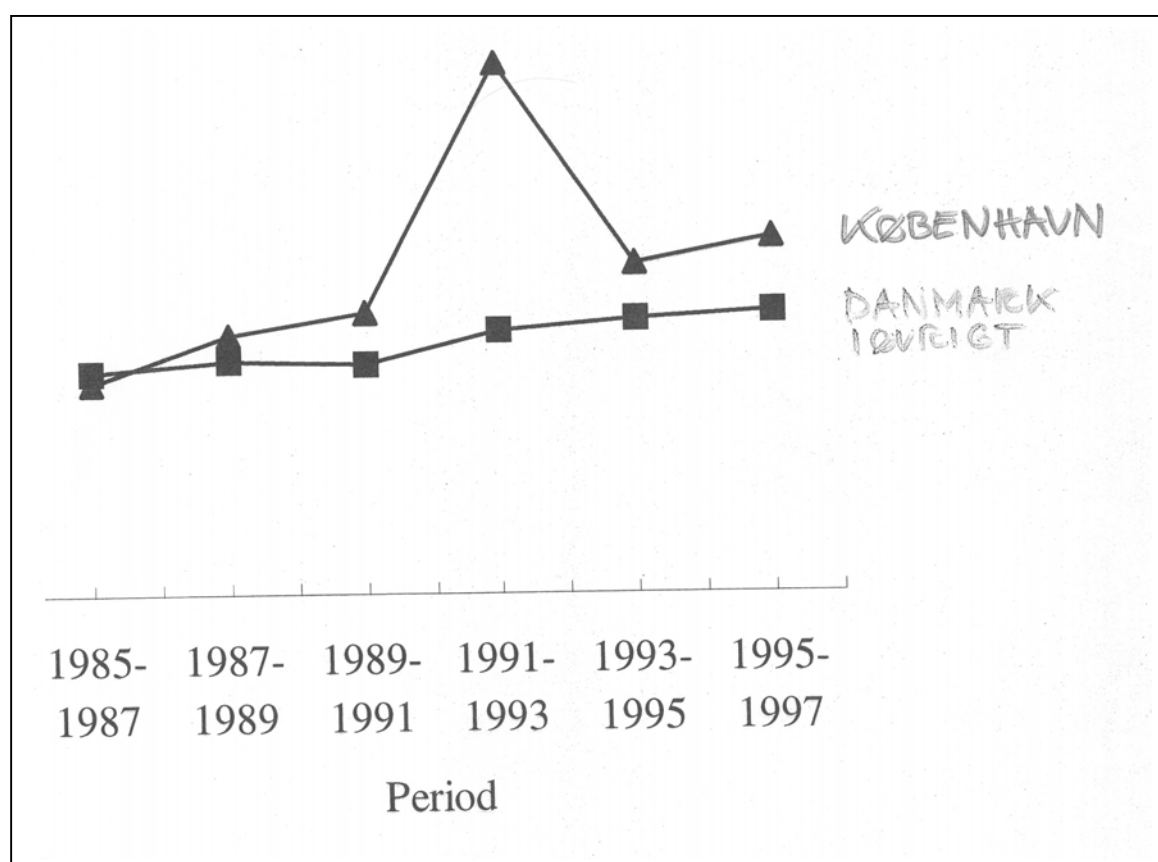
FIG 1.



Uden screening forudsætter vi en konstant incidens af brystkræft. Hvis vi screener én gang, vil incidensen stige og derefter falde igen. Arealerne over og under den hidtidige incidenslinie vil være ens. Hvis vi bliver ved med at screene, vil incidensen stige første gang, vi screener (prævalensrunden), og derefter falde tilbage til niveauet fra før screeningen – dette er ensbetydende med, at vi har samme incidens som før, blot bliver alle tilfælde opdaget tidligere (incidensrunden). Hvis vi bliver ved med at screene og både opdager invasive tilfælde af brystkræft og tilfælde af ductal carcinoma in situ DCIS, må incidensen af invasiv brystkræft på sigt forventes at blive lavere end incidensen af invasiv brystkræft, før screeningen startedede.

Tal fra de danske Cancerregister foreligger i dag til og med 1997. Vi har set på Cancerregisterets tal for incidensen af invasiv brystkræft i Københavns Kommune fra 1985 til 1997 for 50-69 årige kvinder og sammenlignet med incidensen for kvinder i resten af Danmark med undtagelsen af Frederiksberg Kommune og Fyns amt, hvor der også findes screening.

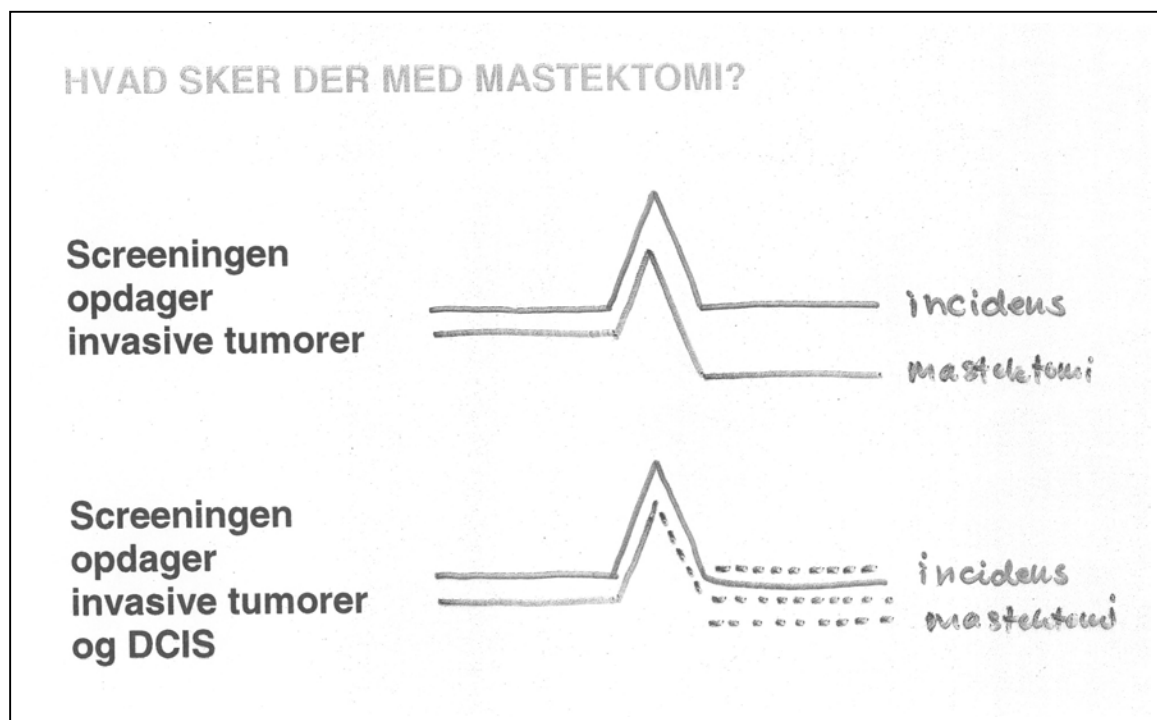
FIG 2.



Screeningen i Københavns Kommune startede 1. april 1991. Figur 2 viser, at der såvel i København som i resten af landet har været en stigende incidens af brystkræft i perioden. For København ser vi så yderligere en top i incidensen under prævalensrunden. Men den københavnske incidens ligger i incidensrunderne nogenlunde på niveau, vi skulle forvente uden screening. Det københavnske program syntes altså ikke at have ført til en overdiagnosticering af invasiv brystkræft. I alt 11 % af de tilfælde, der er blevet opdaget i det københavnske program, har været DCIS. Fremtidige incidenstal vil vise, om dette på sigt fører til en nedgang i incidensen af invasiv brystkræft.

Når screeningen fører til, at kvinder med brystkræft bliver diagnosticeret tidligere, skulle screeningen også kunne føre til, at flere brystkræftpatienter kan behandles med brystbevarende kirurgi. Ser man på incidensen af mastektomi skulle denne altså i den fortsatte screeningssituation ligge lavere i incidensrunderne, end den gjorde inde screeningen startede.

FIG 3.



Hvis der ved screeningen både opdages invasive tumorer og DCIS, er det svært at sige, hvordan udfaldet bliver, idet nogle DCIS vil være multifokale og blive behandlet med mastektomi. Der kan også være kvinder, der foretrækker mastektomi frem for lumpektomi med efterfølgende strålebehandling. Vi er i øjeblikket ved at undersøge, hvordan incidensen af mastektomi har udviklet sig i København.

Screeningen har været genstand for betydelig debat. Gøtzsche og Olsen har fremført, at:

1. de randomiserede undersøgelser er af dårlig kvalitet,
2. man ikke kan bruge dødeligheden af brystkræft som effektmål for screeningen,
3. screeningen medfører overdiagnosticering, og
4. screeningen medfører, at flere kvinder mister brystet.

Det bliver for omfattende her at gå ind på alle punkter. Men jeg vil slutte med at understrege nogle punkter, som jeg selv synes, er vigtige:

1. De svenske undersøgelser har tilstrækkelig kvalitet til, at man kan hæfte lid til resultaterne. Herunder WE-studiet, der er baseret på lodtrækning mellem små geografiske områder.
2. Screeningen kan kun forventes at virke på den sygdom, der screenes for. Vi er derfor henvist til at bruge dødeligheden af brystkræft som mål for udkommet.
3. Dødsfald på grund af brystkræft udgør så lille en del af de samlede dødsfald i de relevante aldersklasser, at vi ikke kan forvente at se en effekt af screeningen på totaldødeligheden.

Prognostisk betydning af tidlig diagnose og god kirurgi.

Anni Ravnsbæk-Jensen, Jens Peter Garne, Hans Henrik Storm, Jens Overgård, Thor Alvegård

Danske kvinders ringere overlevelse i mammacancer sammenlignet med deres nordiske medsøstre, har været gentand for megen opmærksomhed. Vi har forsøgt at komme årsagerne til dette nærmere ved at sammenligne kliniske materialer over kvinder med invasiv mammacancer i Århus og Malmö i perioden 1983-89. Den ringere prognose for de danske kvinder genfandtes også i denne undersøgelse. De to områder er demografisk vel sammenlignelige, men såvel diagnostik som behandling har adskilt sig væsentligt. I Malmö blev halvdelen af gruppen 45-69-årige tilbudt regelmæssig screening med mammografi, hvilket ikke forekom i Århus. Der fandtes da også signifikant mindre tumores i Malmö og også signifikant lavere frekvens af aksilmetastasering. Vi fandt ikke holdepunkter for, at forskelle i den onkologiske behandling spillede en rolle for udfaldet. Når det gælder den kirurgiske behandling var målet i Malmö dengang, som det er i Danmark i dag, aksilrømning til og med niveau 2. I Danmark i 1983-89 var målet excision av 5 lymfeknuder. begge steder opnåedes målet, således at kirurgien i Århus var mindre radikal end i Malmö, hvad aksillen angår.

Vores konklusion ud fra de foreløbige data er, at det er overvejende sandsynligt at den bedre overlevelse i Malmö skyldes tidligere diagnostik og mere moderne kirurgi. Kirurgien er siden moderniseret også i Danmark, hvorimod vi udenfor screeningsområderne stadig ligger efter når det gælder tidlig diagnostik.

Forskelle i alder, klassiske tumorparametre og østrogenreceptor status mellem danske og svenske brystkræftpatienter, relateret til overlevelse.

Lise Christensen

Forfatteren har ikke ønsket indlægget på repræsentantskabsmødet refereret i Informationsbladet, da det indeholder en del endnu ikke publicerede data. I stedet følger abstraktet til et møde i IACR (International Association of Cancer Registries), som afholdes i Tampere, Finland 25-27.6.2002.

CAN DIFFERENCES IN CLASSICAL PROGNOSTIC PARAMETERS EXPLAIN THE 10% SURVIVAL DIFFERENCE BETWEEN DANISH AND SWEDISH WOMEN WITH BREAST CANCER.

Lise Christensen¹, Gerda Engholm¹, Ulla Tange², Michael Andersson², Henning Mouridsen², Torgil Möller³ and Hans Storm¹.

¹Danish Cancer Society and ²Finsencenter, Clinic of Oncology H:S Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark, ³Regional Tumour Registry of Lund, Sweden.

5-year relative survival for breast cancer is 10% point lower in Denmark than in Sweden. The inferior Danish survival has persisted for 35 years. The objective of our study was to assess if differences in classical prognostic parameters for breast cancer in Denmark and Sweden explain the survival difference.

We identified patients and treating hospitals in the cancer registries in Denmark and Lund 1989 and 1994. Evenly distributed on country and period, we collected data from hospital notes on approximately 4000 women with breast cancer from the Southern part of Sweden and the Eastern part of Denmark. Trained nurses and medical doctors did the abstraction. Data validation, editing and the statistical analyses was done centrally. Based on tumour size, nodal status and metastasis patients were classified as high-risk, low-risk and unknown and survival by age and country studied.

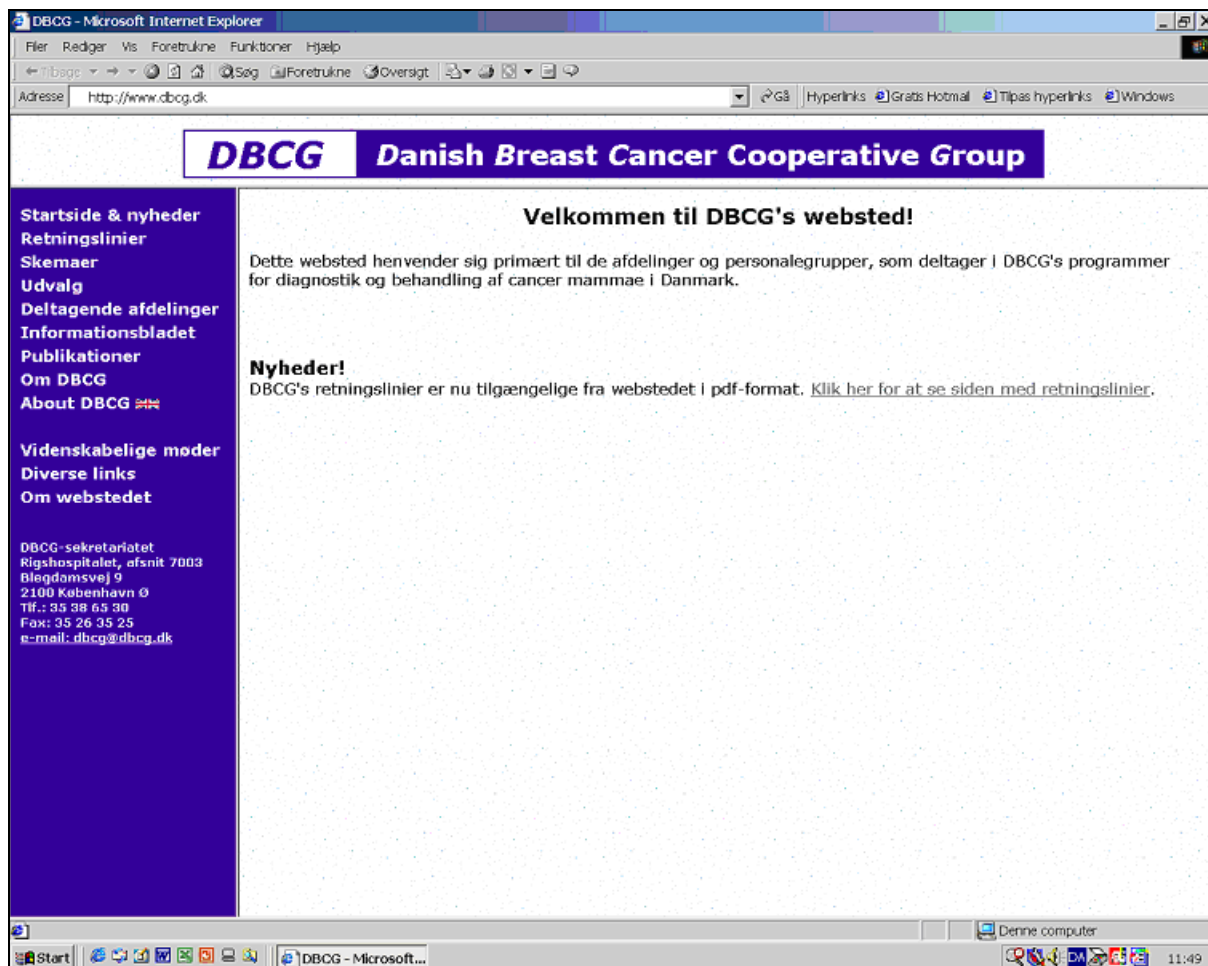
1042 Danish women from 1989 and 1078 from 1994, and 817 Swedish women from 1989 and 894 from 1994 were available for analysis. The age distribution of the general population with a higher proportion of old women in Sweden was reflected in the breast cancer cohort.

Compared to Danish, Swedish tumours were smaller and well differentiated and the axillary status was more often node-negative. The proportion of low-risk patients was 10% higher in Sweden than in Denmark. A higher proportion of Danish women were seen in the high-risk group, which along with the unknown-risk group demonstrated the most pronounced difference in 5-year relative survival between the 2 countries. Among high risk patients Swedish survival was superior in particular for ages 60-69 years in both 1989 and 1994, but it was also significantly better in 1994 for those aged 50-59 years. The survival difference between countries was small in the low-risk group, as well as among young < 50 years and old > 80 years. Differences in classical prognostic parameters explain a large part of the survival differences.

DBCG's hjemmeside.

Bent Christensen

DBCG's Webmaster gruppe bestående af Bent Ejlersen, Bent Kristensen, Katrín Gunnarsdóttir og Maj-Britt Jensen har opbygget en hjemmeside, som nu er udgivet på adressen (www.dbcg.dk.)



De umiddelbare formål med etablering af hjemmesiden er

- at orientere om DBCG, den historiske baggrund, organisationen og udvalg.
- at formidle DBCG's diagnostisk og terapeutisk anbefalinger
- formidling af indberetningskemaer
- at formidle nyheder (om f.eks. møder, publikationer)
- løbende orientering om de opnåede resultater
- at orientere om relevante links til samarbejdsgrupper i udlandet.

De fremtidige formål med hjemmesiden kunne endvidere være

- udsendelse af dagsordner og mødereferater
- orientering om projekter på landsplan eller internationalt samarbejde
- at fungere som et diskussions- og debatforum
- at erstatte den nuværende indberetningsform til elektronisk indberetning.
-

DBCG ser meget gerne yderligere forslag til fremtidige anvendelsesmuligheder. Sådanne kan sendes til: medlemmerne af Webmaster gruppen eller DBCG's sekretariat, afsnit 7003, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Fax: 35263526. E-mail: dbcg@dbcg.dk.