

# Opfølgning af brystkræft

**Claus Kamby**

*Medlem af SST's og DR's arbejdsgruppe: "Opfølgningsprogram for Brystkræft"*

*- Udpeget af DBCG*

# ***HVORFOR (HOSPITALS-BASERET) OPFØLGNING AF BRYSTKRÆFT?***

- **Stort problem**

- **Kvantitativt**

- **Driftsmæssig**

- **Økonomisk**

- **Psyko-socialt-onkologiske / faglige grunde (?)**

# Follow – up ?

- Hvorfor ?
- Hvem ?
- Hvordan ?
- Hvor ?
- Hvem ?
- Hvor ofte ?
- Hvor længe ?

- Helbredelse
- Alle, udvalgte grp.
- Klinisk, telefonisk
- Para-klinisk
- Hospitalsbaseret
- GP?, Spl. Kons.?
- Hver 3. - 6. Mdr.?
- 1 - 5 - 10 år?

# Formål, hvorfor hospitalsbaseret kontrol?

**DBCG:** [www.DBCG.dk](http://www.DBCG.dk)

---

Forbedring af overlevelsen

Screening for ny primær tumor  
Opsporing af recidiv i ipsilaterale mamma  
Tidlig påvisning af recidiv

Evaluering af primær behandling

Kvalitetskontrol / -sikring  
Diagnostik og behandling af sequelae

Rehabilitering

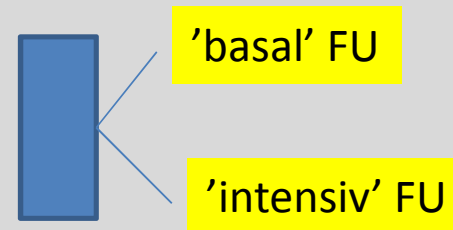
Psykosocial støtte og rådgivning  
Motivation for livsstilsændringer (motion, vægttab mv.)

---

# Forbedres prognosen?

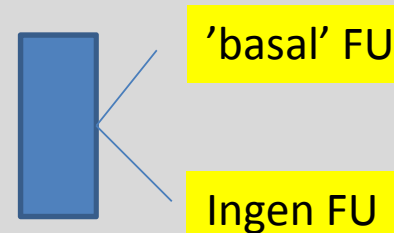
- Få randomiserede studier har undersøgt forskel på intensiv vs. basal kontrol

- *to italienske studier fra 1994*



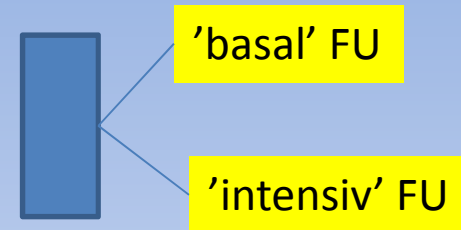
- Ingen studier har undersøgt

- *'ingen vs. formaliseret (hospitals-) kontrol'*



# De to italienske studier

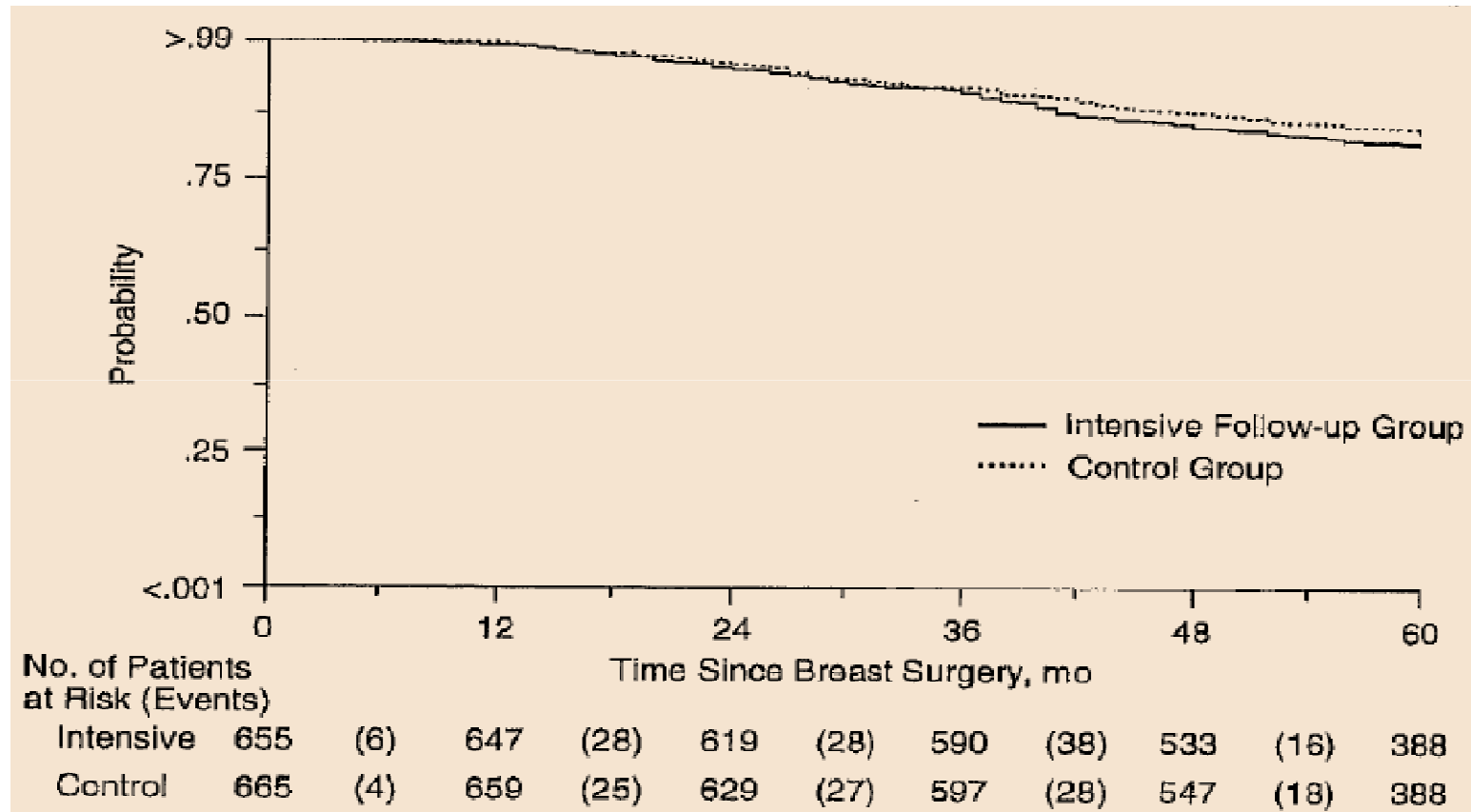
- I alt > 2.500 patienter fulgt 5-10 år



- Sammenligner "intensiv" follow-up med "basal" follow-up
  - Alle patienter fulgt med obj. us. hver 3. måned de første to år herefter hver 6. måned samt årlig mammografi
  - Forskellige "intensive" regimer
    - rtg. af thorax, knoglescintigrafi, UL af abd, blodprøver

Rosselli M et al. JAMA, 1994; 271 (20) 1587-1597

# Intensiv vs. "basal" kontrol (OS)

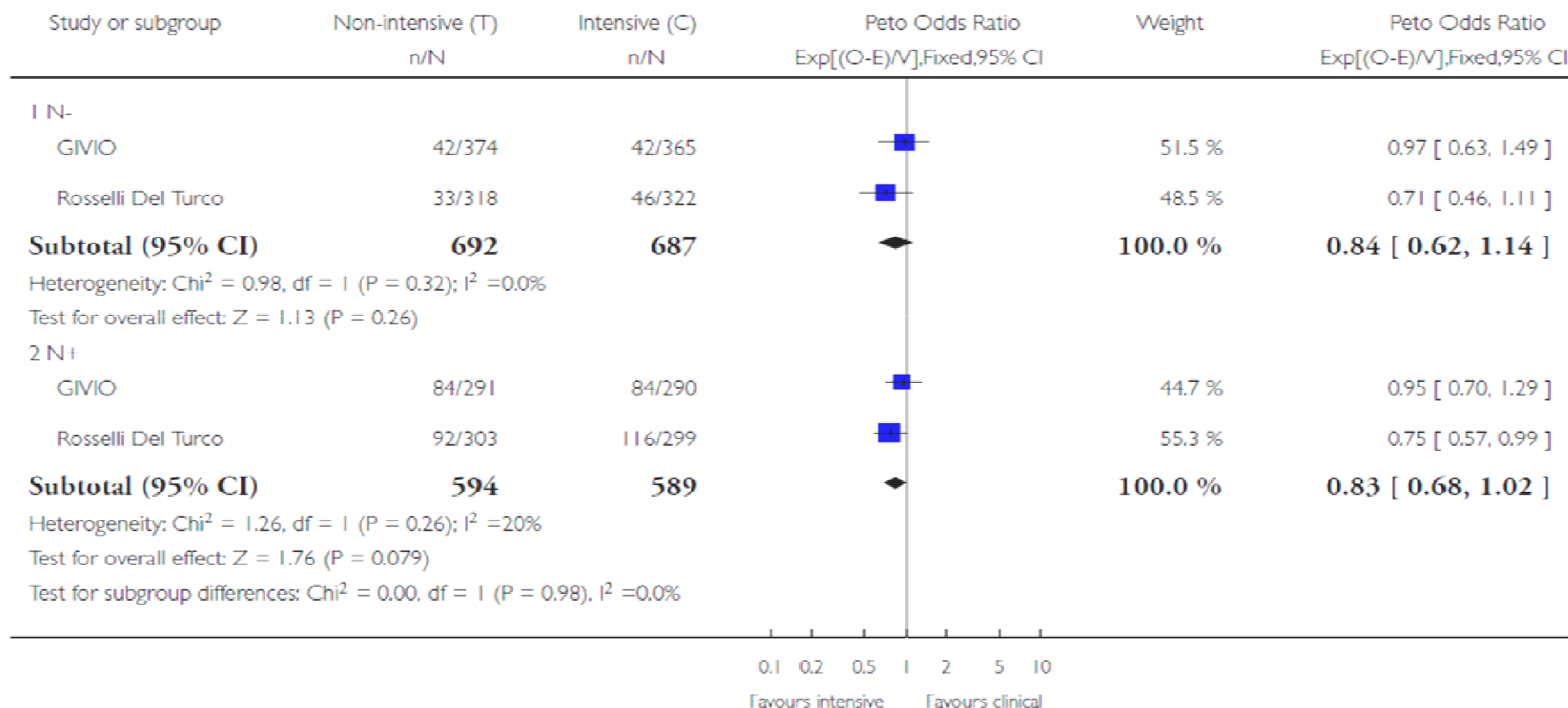
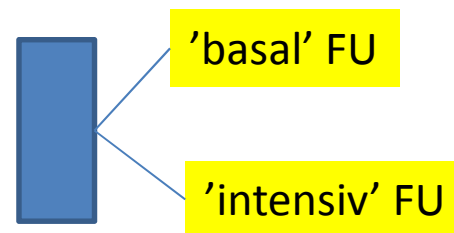


### Analysis 1.9. Comparison 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up, Outcome 9 Disease free survival by lymphonodal status.

Review: Follow-up strategies for women treated for early breast cancer

Comparison: 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up

Outcome: 9 Disease free survival by lymphonodal status



This record should be cited as: Rojas MPMP, Telaro E, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Liberati A, Rosselli MDT. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD001768. DOI: 10.1002/14651858.CD001768.pub2.



# Reduceres morbiditeten ?

- Nej, det ser det ikke ud til i de italienske studier

## Psykologisk betydning?

- Et af studierne målte quality of life hos 1.320 patienter i forløbet over 60 måneder
- Patienterne vurderede deres generelle helbred og livskvalitet, psykiske velbefindende, kropsopfattelse, sociale færdigheder, symptomer og tilfredshed med den givne behandling incl. follow-up
- Der fandtes ingen forskel mellem de to grupper

# Hvem finder recidiverne?

	N	%
Total antal patienter	217	100
Recidiv påvist ved rutinekontrol ( <u>rutine-recidiv</u> )	117	54
Recidiv mellem to kontrolbesøg – 'før tid' ( <u>interval-recidiv</u> )	100	46
- interval-recidiv / 'før tid' på egen foranledning	37	17
- interval-recidiv / 'før tid' henvist af egen læge	31	14
- interval-recidiv / 'før tid' henvist af speciallæge, andet hospital ...	32	14

## Overlevelse fra recidiv (Cox): risiko-gruppe, RFS, viscerale metastaser

*For ptt. med loko-regionalt recidiv LRR var der ingen forskel på overlevelsen i mellem 'rutine-' og 'interval-gruppen' (= tidlig diagnose af LRR var ikke relateret til forlænget overlevelse)*

*Kamby, 1991*

*... .. og sådan var det i 90'erne !*

# Follow-up after curative treatment for breast cancer

*"... try to address additional needs ...", Montgomery, 2007*

# Follow-up after curative treatment for breast cancer

*"... try to address additional needs ...", Montgomery, 2007*

- **Patients needs and expectations**

- Reassurance
- Psycho-social support
- Confirmation
- Continuity
- Accessibility
- Information
- Side effects of treatment
- Risk of recurrence
- Risk for their daughters

***Are a short routine outpatient clinic visit sufficient and appropriate enough for these types of needs ?***

*Kimman et al., Eur J Cancer 2008;43:647-53*

- **Believes that early detection of (distant) recurrence leads to cure**

# Follow-up after curative treatment for breast cancer

- Patients needs and expectations

- **Reassurance**
- **Psycho-social support**
- **Confirmation**
- Continuity
- Accessibility
- Information
- Side effects of treatment
- Risk of recurrence
- Risk for their daughters

***Scheduled clinical visits  
may produce anxiety  
about breast cancer  
recurrence!***

*Allen A. Eur J Oncol Nurs 2002;6(3):155-61*

- **Believes that early detection of (distant) recurrence leads to cure**

*... the landmark article*

**968 pts with  
EBC FU**



Cancer center specialists  
'specialist care'

GP, familial physician  
'one-page FU guide from center'

*ND with respect to health outcomes  
(recurrences, medical, psychological etc.)*

Grunfeld et. al. JCO 2006

**... the landmark article**

**968 pts with  
EBC FU**



Cancer center specialists  
'specialist care'

GP, familial physician  
'one-page FU guide from center'

*ND with respect to health outcomes  
(recurrences, medical, psychological etc.)*

Grunfeld et. al. JCO 2006

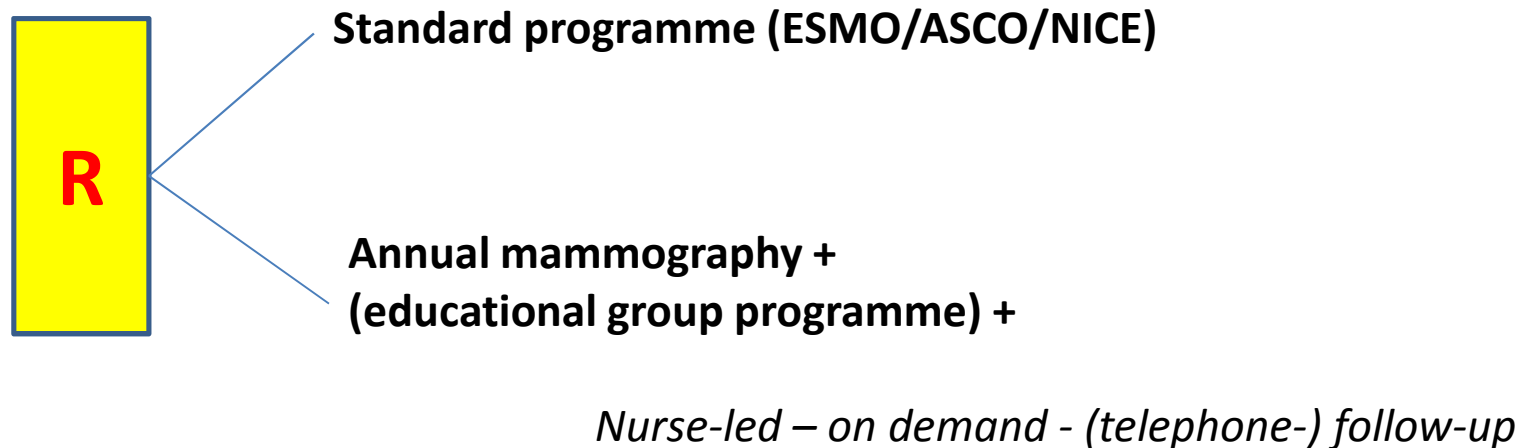
- |                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| No change in health outcomes      | (Grunfeld 1996)  |
| No change in QoL                  | (Grunfeld 1995)  |
| Better satisfaction               | (Grunfeld 1996)  |
| No change in health care costs    | (Grunfeld 1999)  |
| Patients prefer simple FU (phone) | (Gulliford 1997) |

**Pts education reduces inappropriate testing (Loprinzi 2000)**



# Follow-up after curative treatment for breast cancer

An alternative more cost-effective follow-up strategy



Montgomery et al. 2007-9, m. fl.

\* Smith I., Royal Marsden, Glasgow (EBCC) 2013

Endpoints:

QoL and cost effectiveness (survival)

# Fremtiden ...

Et mere nuanceret FU program der tager udgangspunkt i patientens behov

*= psykosocial rehabilitering og afhjælpning af følgetilstande efter primær og adjuverende behandling*

Et program der er individuelt tilpasset - 'i tid og rum'

- kombineret med screening for recidiv/ ny primærtumor (mammografi) og kvalitetssikring af DBCG (bl. a. via samkøring med LPR ... ?)

15. marts 2013

## **Notat vedr. opfølgning af kræftpatienter**

**- afrapportering fra arbejdsgruppen vedr. udarbejdelse af en generisk model**

### **Baggrund for arbejdet**

Der foreligger generelt ikke videnskabelig dokumentation for virkningen af opfølgning af kræftpatienter. Det må på den baggrund antages, at der anvendes ressourcer på opfølgning, som ville kunne anvendes mere hensigtsmæssigt både ved opfølgning og i andre dele af patienternes forløb.

Samtidig er der grund til at antage at kvaliteten af opfølgningstiløb for kræftpatienter kan udvikles og optimeres indenfor den eksisterende økonomiske ramme.

# SUNDHEDSSTYRELSEN



Danish Health and Medicines Authority

Til  
Regionerne  
DMCGerne  
Dansk Selskab for Almen Medicin  
Dansk Sygepleje Selskab

**Udpegning til arbejdsgrupper vedr. formulering af opfølgningsprogrammer for patienter efter kræftsygdom**

*FEBRUAR 2013*

## D A G S O R D E N

<b>Emne</b>	1. møde i arbejdsgruppen vedr. opfølgningsprogram for brystkræft
<b>Mødedato</b>	Onsdag den 3. april 2011, kl. 13.00 – 16.00
<b>Sted</b>	Sundhedsstyrelsen, Axel Heides Gade 1, Indgang 2 fra parkeringspladsen, 2300 København S
	Mødelokale E
<b>Deltagere</b>	Medlemmer af arbejdsgruppen vedr. opfølgningsprogram for brystkræft
<b>Punkt 1.</b>	Velkomst og præsentationsrunde

22. marts 2013

J.nr 4-1612-16/2/CIU

**Sundhedsplanlægning  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 Kbh. S  
Tlf. 72 22 74 00  
Fax 72 22 74 05  
E-post info@sst.dk**

## 7 Arbejdsgruppen

- Ilse Vejborg, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Niels Kroman, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Claus Kamby, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Henrik Flyger, Herlev Hospital, Udpeget af Region Hovedstaden
- Anne Pedersen, Ringsted Sygehus, Udpeget af Region Sjælland
- Jens Peter Garne, Aalborg Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Anni Ravnsbæk, Aarhus Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Marianne Ewertz, Odense Universitetshospital, Udpeget af Region Syddanmark
- Peter Torsten Sørensen, Direktør DSAM, Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Jannie Brøndal, Herlev Hospital, Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Lone Jørgensen, Aalborg Universitetshospital Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab

## 7 Arbejdsgruppen

- Ilse Vejborg, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Niels Kroman, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Claus Kamby, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Henrik Flyger, Herlev Hospital, Udpeget af Region Hovedstaden
- Anne Pedersen, Ringsted Sygehus, Udpeget af Region Sjælland
- Jens Peter Garne, Aalborg Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Anni Ravnsbæk, Aarhus Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Marianne Ewertz, Odense Universitetshospital, Udpeget af Region Syddanmark
- Peter Torsten Sørensen, Direktør DSAM, Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Jannie Brøndal, Herlev Hospital, Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Lone Jørgensen, Aalborg Universitetshospital Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab

## 7 Arbejdsgruppen

- Ilse Vejborg, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Niels Kroman, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Claus Kamby, Rigshospitalet, Udpeget af Dansk Brystkræft Gruppe
- Henrik Flyger, Herlev Hospital, Udpeget af Region Hovedstaden
- Anne Pedersen, Ringsted Sygehus, Udpeget af Region Sjælland
- Jens Peter Garne, Aalborg Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Anni Ravnsbæk, Aarhus Universitetshospital, Udpeget af Region Nordjylland
- Marianne Ewertz, Odense Universitetshospital, Udpeget af Region Syddanmark
- Peter Torsten Sørensen, Direktør DSAM, Udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Jannie Brøndal, Herlev Hospital, Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Lone Jørgensen, Aalborg Universitetshospital Udpeget af Dansk Sygepleje Selskab



Redigeret 14102014

# Opfølgningsprogram for brystkræft

UDKAST

## At arbejde indenfor rammerne af en generisk model ....

Betegnelsen *opfølgning* er bredere end betegnelsen *kontrol*, som lægger op til en mere systematisk overvågning. Derfor anvendes betegnelsen *opfølgning*.

## Tværfaglighed, opgave(om-)fordeling, opgaveglidning ...

Nogle opfølgende indsatser kan varetages af sygeplejersker i stedet for speciallæger i sygehusvæsenet. En undersøgelse viser, at kun ved 15 % af de opfølgende indsatser er der behov for en speciallæge. Dette er fx dokumenteret for kvinder behandlet for brystkræft.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Taggart et al.: *Options for early breast cancer follow-up in primary and secondary care – a systematic review*, BMC Cancer 2012, 12:238

# MÅLGRUPPE

1. Patienter med operabel brystkræft (stadium I-II)
  - a. Med lav risiko for recidiv (tilbagefald af sygdommen): ca. 200 nye patienter pr. år
  - b. Med moderat til høj risiko for recidiv: ca. 3.700 nye patienter pr. år
2. Patienter med inoperabel brystkræft (stadium III): ca. 150 nye patienter pr. år
3. Patienter med brystkræft spredt uden for brystområdet (fjernmetastaser, stadium IV): ca. 150 nye patienter pr. år
4. Patienter som efter initial behandling udvikler tilbagefald: ca. 1.200 nye patienter pr. år. Tilbagefaldet kan være
  - (a) enten lokaliseret til brystområdet og samsidige armhule
  - (b) eller spredt uden for brystområdet (fjernmetastaser)

### 3 Formål med opfølgningsprogrammet

Hovedformålet er at opnå den mest hensigtsmæssige strategi ved opfølgning af patienter med brystkræft, idet der for alle patienter bør sikres et tilbud om evidensbaseret opfølgning.

Der er 5 formål med opfølgning efter initial behandling af brystkræft:

1. Forbedring af overlevelse
2. Evaluering af behandling
3. Rehabilitering/palliation, herunder forebyggelse af komplikationer
4. Opretholdelse af livskvalitet
5. Forskning i behandlingseffekt, senfølger og andet



## **Indsats ved opfølgningen**

Indsatsen omfatter omkring 4.000 nye patienter pr. år i Danmark.

Der foreligger evidens for, at rutinemæssige undersøgelser, såsom blodprøver, røntgen af thorax, ultralyd af leveren, CT og PET-scanninger, IKKE forbedrer overlevelsen efter brystkræft (4). Bortset fra mammografi er der derfor ikke indikation for at foretage rutineundersøgelser af symptomfrie kvinder, der følges efter behandling for brystkræft. Opfølgningsprogrammet bør imidlertid tilrettelægges således, at kvinder ved mistanke om recidiv undersøges i pakkeforløbet (jf. ovenfor).

## 4 Beskrivelse af indsatserne

### 4.1 Opsporing af resttumor og recidiv - brystkræft uden fjernmetastaser

For brystkræft uden fjernmetastaser (kapitel 2, gruppe 1., 2. eller 4a.) er der evidens for, at overlevelsen forbedres ved regelmæssig undersøgelse for ny brystkræft og ved tidlig opsporing af tilbagefald i brystområdet (loko-regionært recidiv).

## 4.1.1 Undersøgelse for ny brystkræft/loko-regionært recidiv

### Billeddiagnostik

Årlig klinisk mammografi (gennemføling af brystet, mammografi eventuelt suppleret med specialoptagelser, ultralydsscanning og eventuel nålebiopsi), indtil kvinden fylder 50 år.

### Kvinder på 50 - 79 år

Mastektomerede: Mammografi som den foretages ved screeningsmammografi (dvs. to standardiserede røntgenbilleder af hvert bryst) af modsidige bryst hvert 2. år.

Lumpektomerede: Klinisk mammografi 18 mdr. efter operationen. Ved denne undersøgelse tager radiologen stilling til, om kvinden kan overgå til screeningsmammografi hvert 2. år.



#### 4.1.2 Brystkræft med fjernmetastaser ved diagnosticeringen

Brystkræftpatienter med fjernmetastaser kan ikke helbredes, men kan ofte leve i en længere periode under medicinsk behandling. Behandling og opfølgning går i denne situation "hånd i hånd", idet behandlingseffekt, bivirkninger og sygdomssymptomer / -komplikationer afstemmes for at opnå den mest optimale livskvalitet under samtidig hensyntagen til den forventede restlevetid. Disse patienter følges således ofte i op til årelange forløb, hvor sygdommen kan være i ro eller i forværring, hvor palliativ behandling med kemoterapi, antihormoner, antistoffer, strålebehandling mv. vurderes ud fra den individuelle situation. I dette forløb følges patienten tæt, fra hver 3. uge til hver 3.-6. måned afhængig af, hvilken behandling der gives. Opfølgningen planlægges ofte individuelt. Elementerne omfatter samtaler med læger, sygeplejersker, fysioterapeut, psykolog, socialrådgiver, evt. palliativt team, blodprøver og billeddiagnostik.

## 4.4 Opgavefordeling og koordination

Opfølgningen planlægges og varetages tværfagligt og multidisciplinært efter behov. Patientkontakten varetages af den angivne instans på det tidspunkt, der er angivet i skemaet, afsnit 4.5.1

### Brystkræft uden fjernmetastaser

Den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter det initiale behandlingsforløb, har ansvaret for at formidle en opfølgningsplan til hver enkelt brystkræftpatient. En sådan formidling kan bestå i en skriftlig orientering til patienten om det initiale behandlingsforløb, hun har gennemgået, om fortsat anti-hormonbehandling tilrådes, og om det opfølgningsprogram, der tilrådes (se afsnit 4.3).

**Tværfagligt og multidisciplinært**

**Individuel opfølgningsplan**

## Brystkræft uden fjernmetastaser

Den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter det initiale behandlingsforløb, har ansvaret for at formidle en opfølgningsplan til hver enkelt brystkræftpatient. En sådan formidling kan bestå i en skriftlig orientering til patienten om det initiale behandlingsforløb, hun har gennemgået, om fortsat anti-hormonbehandling tilrådes, og om det opfølgningsprogram, der tilrådes (se afsnit 4.3).

Vurdering af indikation for adjuverende anti-hormonbehandling er forankret i MDT med speciallæge i klinisk onkologi som ansvarlig for beslutning om behandling. Anti-hormonbehandling varetages af læger med speciel indsigt i behandling af brystkræftsygdomme. Behandlingen foregår i et multidisciplinært samarbejde mellem de involverede specialer efter lokale aftaler.

Ifølge lokale aftaler vedr. delegation kan præparater til antihormon-behandling således udleveres af både onkologer, brystkirurger samt specialsygeplejersker.

Så længe brystkræftpatienter modtager specifik onkologisk behandling (anti-hormonbehandling, kemoterapi eller strålebehandling), skal de have en tilknytning til den onkologiske afdeling, der har ansvaret for behandlingen.

For brystkræftpatienter, som ikke modtager specifik onkologisk behandling, fx anti-hormonbehandling, kan ansvaret for opfølgning overgå til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år.

## Brystkræft uden fjernmetastaser

Den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter det initiale behandlingsforløb, har ansvaret for at formidle en opfølgningsplan til hver enkelt brystkræftpatient. En sådan formidling kan bestå i en skriftlig orientering til patienten om det initiale behandlingsforløb, hun har gennemgået, om fortsat anti-hormonbehandling tilrådes, og om det opfølgningsprogram, der tilrådes (se afsnit 4.3).

Vurdering af indikation for adjuverende anti-hormonbehandling er forankret i MDT med speciallæge i klinisk onkologi som ansvarlig for beslutning om behandling. Anti-hormonbehandling varetages af læger med speciel indsigt i behandling af brystkræftsygdomme. Behandlingen foregår i et multidisciplinært samarbejde mellem de involverede specialer efter lokale aftaler.

Ifølge lokale aftaler vedr. delegation kan præparater til antihormon-behandling således udleveres af både onkologer, brystkirurger samt specialsygeplejersker.

Så længe brystkræftpatienter modtager specifik onkologisk behandling (anti-hormonbehandling, kemoterapi eller strålebehandling), skal de have en tilknytning til den onkologiske afdeling, der har ansvaret for behandlingen.

For brystkræftpatienter, som ikke modtager specifik onkologisk behandling, fx anti-hormonbehandling, kan ansvaret for opfølgning overgå til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år.

## Brystkræft uden fjernmetastaser

Den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter det initiale behandlingsforløb, har ansvaret for at formidle en opfølgningsplan til hver enkelt brystkræftpatient. En sådan formidling kan bestå i en skriftlig orientering til patienten om det initiale behandlingsforløb, hun har gennemgået, om fortsat anti-hormonbehandling tilrådes, og om det opfølgningsprogram, der tilrådes (se afsnit 4.3).

Vurdering af indikation for adjuverende anti-hormonbehandling er forankret i MDT med speciallæge i klinisk onkologi som ansvarlig for beslutning om behandling. Anti-hormonbehandling varetages af læger med speciel indsigt i behandling af brystkræftsygdomme. Behandlingen foregår i et multidisciplinært samarbejde mellem de involverede specialer efter lokale aftaler.

Ifølge lokale aftaler vedr. delegation kan præparater til antihormon-behandling således udleveres af både onkologer, brystkirurger samt specialsygeplejersker.

Så længe brystkræftpatienter modtager specifik onkologisk behandling (anti-hormonbehandling, kemoterapi eller strålebehandling), skal de have en tilknytning til den onkologiske afdeling, der har ansvaret for behandlingen.

For brystkræftpatienter, som ikke modtager specifik onkologisk behandling, fx anti-hormonbehandling, kan ansvaret for opfølgning overgå til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år.

## **Brystkræftpatienter med fjernmetastaser**

Behandling af brystkræftpatienter med fjernmetastaser er en specialistopgave, dvs. behandlingsansvaret ligger i onkologisk afdeling. Det bliver således onkologisk afdelings ansvar at koordinere indsatser vedr. rehabilitering, palliation og forebyggelse af komplikationer for denne patientgruppe.

## 4.5 Tidsforløb

### Patienter uden fjernmetastaser

For patienter, der er kurativt behandlet (kapitel 2, gruppe 1., 2. og 4a.), starter indsatsen efter afsluttet initial behandling (operation, kemoterapi og strålebehandling). Nogle patienter fortsætter med anti-hormonbehandling i 5 til 10 år. Herefter afsluttes de til almen praksis. Patienter, som ikke modtager anti-hormonbehandling, kan afsluttes til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år. Se skemaet nedenfor vedr. detaljer i tidsforløbet.

***.... kan afsluttes til egen læge efter et år***

#### 4.5.1 Skematisk beskrivelse af indsatser og tidsforløb

Skema til opfølgning efter behandling for brystkræft													
	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
Behovsvurdering*	X	X	X										
Patientuddannelse			X										

	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
<b>Lokal</b>													
<b>Operation/strålebehandling</b>													
Lymfodem, arm	X		X	X	X		X		X				X
Skulder bevægelighed	X		X	X	X		X		X				X
Smerter	X		X	X	X		X		X				
Føleforstyrrelser	X		X	X	X		X		X				
Fibrose					X				X				X
Brystodem			X	X	X		X		X				X
Hudforandringer					X		X		X				X
Kosmetisk resultat <sup>1</sup>		X			X		X		X				X <sup>1</sup>

	Kirurgisk udgangspunkt	Onkologisk udgangspunkt	6 mdr	9 mdr	12 mdr <sup>2</sup>	18 mdr <sup>3</sup>	24 mdr	30 mdr	36 mdr	42 mdr	48 mdr	54 mdr	60 mdr
<b>Systemisk</b>													
<b>Kemoterapi</b>													
Blivende hårtab				X			X		X				
Præmatur menopause <sup>4</sup>				X			X						
Tab af knoglemasse				X <sup>5</sup>			X						
Neuropatiske smerter				X			X						
Polyneuropati				X			X						





Vægt (stigning)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Muskelsmerter	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Ledgener	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		

<sup>1</sup> vurderes med klinisk foto

<sup>2</sup> klinisk mammografi 1 gang  
årligt til pt. fylder 50 år

<sup>3</sup> klinisk mammografi efter  
lumpektomi

<sup>4</sup> kun kvinder < 40 år

<sup>5</sup> DEXA-scanning, hvis medi-  
cinsk Behandling

<sup>6</sup> kun kvinder i endokrinbe-  
handling

\*Tidspunktet for behovsvurdering kan variere fra umiddelbart efter behandlingen til 1-2 mdr. efter behandlingen, alt efter fx den postoperative tilstand.

X'erne generelt i skemaet angiver tidspunktet, hvor der spørges ind til det angivne problem, forudsat at patienten følges, og ud fra vurderingen tages der beslutning, om der skal udføres en indsats samt hvilken og hvem, der udfører den.

Palliative og rehabiliterende indsatser afhænger af behovsvurderingen – behovet er individuelt og disse indsatser er derfor ikke med i skemaet.

Skemaet er lavet på basis af DBCG's retningslinjer, lettere redigeret.

## 4.5 Tidsforløb

### **Patienter uden fjernmetastaser**

For patienter, der er kurativt behandlet (kapitel 2, gruppe 1., 2. og 4a.), starter indsatsen efter afsluttet initial behandling (operation, kemoterapi og strålebehandling). Nogle patienter fortsætter med anti-hormonbehandling i 5 til 10 år. Herefter afsluttes de til almen praksis. Patienter, som ikke modtager anti-hormonbehandling, kan afsluttes til almen praksis, når patienten har overstået de bivirkninger, der kan tilskrives den initiale behandling, dvs. oftest efter 1 år. Se skemaet nedenfor vedr. detaljer i tidsforløbet.

### **Patienter med fjernmetastaser**

For patienter med fjernmetastaser ved diagnosetidspunktet (Kapitel 2, gruppe 3. og 4 b.) starter indsatsen samtidig med behandling af sygdommen. Opfølgningen er oftest et led i et længere varende behandlingsforløb, hvor patienten ses i onkologisk afdeling med ugers til måneders interval. Dette gælder også patienter, der udvikler fjernmetastaser i forløbet. Der henvises til opfølgningsskemaet nedenfor.

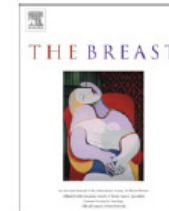
# FJERNMETASTASER



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

The Breast

journal homepage: [www.elsevier.com/brst](http://www.elsevier.com/brst)



## Review

International guidelines for management of metastatic breast cancer (MBC) from the European School of Oncology (ESO)—MBC Task Force: Surveillance, staging, and evaluation of patients with early-stage and metastatic breast cancer

Nancy U. Lin<sup>a,m</sup>, Christoph Thomssen<sup>b,m</sup>, Fatima Cardoso<sup>c,\*</sup>, David Cameron<sup>d</sup>, Tanja Cufer<sup>e</sup>, Lesley Fallowfield<sup>f</sup>, Prudence A. Francis<sup>g</sup>, Stella Kyriakides<sup>h</sup>, Olivia Pagani<sup>i</sup>, Elzbieta Senkus<sup>j</sup>, Alberto Costa<sup>k,l</sup>, Eric P. Winer<sup>a</sup> on behalf of the ESO-MBC Task Force

<sup>a</sup> Department of Medical Oncology, Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center, 450 Brookline Avenue, YC-1250, Boston, MA 02215, USA

<sup>b</sup> Department of Gynecology, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Ernst-Grube-Strasse 40, D-06097 Halle (Saale), Germany

<sup>c</sup> Breast Cancer Unit, Champalimaud Cancer Center, Av de Brasilia – Doça de Pedrouços, 1400-048 Lisbon, Portugal

<sup>d</sup> Edinburgh Cancer Research Centre, Edinburgh University, Crewe Road South, Edinburgh Eh4 2Xu, Scotland, UK

<sup>e</sup> University Clinic Golnik, 4204 Golnik, Slovenia

<sup>f</sup> Sussex Health Outcomes Research & Education in Cancer SHORE-C, Brighton & Sussex Medical School, University of Sussex, Falmer BN1 9RX, UK

<sup>g</sup> Peter MacCallum Cancer Centre, Division of Cancer Medicine, Locked Bag #1 A Beckett Street, Melbourne 8006, Australia

<sup>h</sup> Europa Donna Cyprus, 3A Queen Amalias Street, Nicosia 1101, Cyprus

<sup>i</sup> Institute of Oncology of Southern Switzerland, Ospedale San Giovanni, CH 6500 Bellinzona, Switzerland

<sup>j</sup> Department of Oncology & Radiotherapy, Medical University of Gdańsk, Debinki 7, 80-211 Gdańsk, Poland

<sup>k</sup> European School of Oncology, Milan, Italy

<sup>l</sup> Maugeri Foundation Breast Unit, Pavia, Italy

---

**Fra:** Cecilie Iuul [<mailto:ciu@SST.DK>]  
**Sendt:** 20. august 2014 15:11  
**Cc:** [jkv@regioner.dk](mailto:jkv@regioner.dk); Søren Brostrøm; Charlotte Hosbond; Ole Andersen  
**Emne:** Færdiggørelse af opfølgingsprogrammer for kræft

### Til arbejdsgrupperne vedr. udarbejdelse af opfølgingsprogrammer for kræft

#### Vedr. proces for færdiggørelse af opfølgingsprogrammer for kræft

De udkast til opfølgingsprogrammer, som arbejdsgrupperne har udarbejdet, er blevet drøftet i Kræftstyregruppen og Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet, og der var generel ros til programmernes indhold. Der udestår nu den endelige færdiggørelse af opfølgingsprogrammerne.

Task Force besluttede, at der skal foretages en redaktionel ensretning af opfølgingsprogrammerne. Sundhedsstyrelsen vil forestå dette arbejde, som kommer til at foregå i løbet af september. Så vidt muligt vil korrespondancer med jer i arbejdsgrupperne foregå via email. Det vurderes, om der er behov for at indkalde enkelte arbejdsgrupper til et møde. Sundhedsstyrelsen vil tage kontakt til arbejdsgruppernes formænd i begyndelsen af september.

Sideløbende med at der lægges en sidste hånd på opfølgingsprogrammerne, vil regionerne udarbejde en plan for den kommende implementering. De endelige opfølgingsprogrammer vil blive drøftet på næste møde i Task Force den 14. november, hvorefter programmerne publiceres og indføres.

Vi ser frem til samarbejdet i forhold til færdiggørelsen af opfølgingsprogrammerne.

Med venlig hilsen

**Cecilie Iuul**  
Akademisk medarbejder, cand.scient.soc.  
T (dir.) +45 72 22 76 72  
[ciu@sst.dk](mailto:ciu@sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse & Beredskab  
T +45 72 22 74 00  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)

***kommentarer***

## Opgør med at alle brystkræftpatienter følges på samme måde mod et mere individualiseret opfølgningsprogram

*Konsekvensen kan være at ptt der er*

- ER neg ptt afsluttes efter 1 år til egen læge
- ER pos postmenopausale ptt afsluttes efter 5 år
- ER pos præmenopausale ptt afsluttes efter 10 år

# KOMMENTAR

## Det faglige indhold

Den foreslåede revision af opfølgningsprogram for brystkræft foreslår

1. reduktion i varigheden af den hospitalsbaserede opfølgning på specialafdeling
2. introduktion af forskelle i varighed af den hospitalsbaserede opfølgning i forskellige patientgrupper.



## Reduktion i varigheden af den hospitalsbaserede opfølgning på specialafdeling

**Den adjuverende behandling af brystkræft følger DBCG retningslinjer, der er baseret på internationale retningslinjer og rekommandationer**

1. Behandlingen justeres regelmæssigt (ca. hvert 2. år).
2. For at sikre at patienter, der er behandlet for brystkræft inden for de sidste par år, får tilbudt den senest anbefalede (reviderede) efterbehandling, bør hun være tilknyttet til den opererende afdeling og / eller den onkologiske specialafdeling i de første år postoperativt.

## Reduktion i varigheden af den hospitalsbaserede opfølgning på specialafdeling

**Den adjuverende behandling af brystkræft følger DBCG retningslinjer, der er baseret på internationale retningslinjer og rekommandationer**

1. Behandlingen justeres regelmæssigt (ca. hvert 2. år).
2. For at sikre at patienter, der er behandlet for brystkræft inden for de sidste par år, får tilbudt den senest anbefalede (reviderede) efterbehandling, bør hun være tilknyttet til den opererende afdeling og / eller den onkologiske specialafdeling i de første år postoperativt.
3. Hvis patienten ikke følges i specialafdeling, er der risiko at patienten ikke anbefales den mest optimale efterbehandling.

Det seneste eksempel på dette er ændringen af varigheden af behandling med tamoxifen til præmenopausale patienter (fra 5 til 10 år).

*Hvis ikke patienterne var fulgt i den onkologiske afdeling ville behandlingen ikke være justeret.*

## **Introduktion af forskelle i varighed af den hospitalsbaserede opfølgning i forskellige patientgrupper.**

Det findes uheldigt at der indføres

**'forskelsbehandling' på brystkræftpatienter alene baseret på de primære tumorkarakteristika (og dermed typen og varigheden af efterbehandlingen).**

## Introduktion af forskelle i varighed af den hospitalsbaserede opfølgning i forskellige patientgrupper

Det findes uheldigt at der indføres

**'forskelsbehandling' på brystkræftpatienter alene baseret på de primære tumorkarakteristika (og dermed typen og varigheden af efterbehandlingen).**

Patienter der har den største risiko for tilbagefald er patienter med hormonreceptor negative tumorer den 'kun' modtager adjuverende kemoterapi som efterbehandling.

Det foreslås i programmet, at disse patienter afsluttes 1 år efter afsluttet kemoterapi (dvs. 17 måneder postoperativt).

*... det er 'de mest syge' der afsluttes først !*

## Kommentarer, generelt, cont.

Der er i det foreslåede opfølgningsprogram lagt op til at patienter i deres opfølgning har langt større kontakt med deres praktiserende læge.

Mistanke om tilbagefald og dermed afledte undersøgelser opstår jævnligt i denne patientgruppe.

## Kommentarer, generelt, cont.

Der er i det foreslåede opfølgingsprogram lagt op til at patienter i deres opfølgning har langt større kontakt med deres praktiserende læge.

Mistanke om tilbagefald og dermed afledte undersøgelser opstår jævnligt i denne patientgruppe.

*Det vurderes at ressourceforbruget til disse undersøgelser vil være langt større ved en 'decentraliseret ordning' (i primærsektoren) frem for en centraliseret opfølgning i hospitalsregi, idet man her – på grund af et større antal patienter - vil have meget større rutine med denne opgave.*

*..... ressourceforbruget bliver nok ikke mindre (?)*



*.... tak for jeres opmærksomhed!*