

Remissvar Nationellt Vårdprogram för bröstcancer april 2024

Generella synpunkter:

Fint nytt förslag på NVP! Bra med förkortad version.

Om det är meningen som det står att NVP även är för patienter, så bör en ordlista bifogas eller "svåra" ord göras klickbara med en förklaring. (muspekaren hålls över och en förklaring visas). Så även för förkortningar. Endera skrivs de ut eller blir förklarade.

Riktlinjer och evidensgradering bör alltid vara synkade med internationella, såsom Eusoma m fl.

I de första sidorna.

"I Sverige rapporterades 11 428 bröstcancerdiagnoser år 2021, varav 96 män och 1 330 individer avled i bröstcancer, varav 4 män." Sätt punkt efter 96 män. Svårläst annars.

Det står *rekommenderar man* på många ställen. Vem är *man*? Endera rekommenderar NVP det eller inte, hänvisa inte till *man* som inte existerar. Skriv Rekommenderas eller nationella vårdprogrammet rekommenderar.

"Ca 1 500 individer får återfall a..." Det vore bra att förtydliga vad "återfall" betyder här. Spridd bc (som det står sedan längre ner, eller även lokalt/lokoregionalt? Alternativt tycker vi man ska skriva metastaserad bröstcancer på båda ställen om det är det som menas.

Fortsättning på tidigare inskickat remissvar:

13.2.2. Anser att det behövs skrivas tydligare att en MR är nödvändig för att få radikalitet vid konstaterad lobulär bröstcancer för att minska risken för reoperation och återfall.

13.3. Komplettering: Bröstcancerförbundet vill tydliggöra rätten till platt symmetri, både av estetiska och medicinska skäl. Likställ rätten till platt symmetri med rätten till symmetri vid rekonstruktion och säkerställ att frågan behandlas jämligt i Sverige.

13.8.2.8. Vi förstår att man jämför direkt och senrekonstruktion men önskar även att en tydlig jämförelse med ej rekonstruktion görs.

15.2 och 15.2.3. rekommendationer: *"Genexpressionsanalys med Oncotype Dx kan övervägas hos premenopausala kvinnor med ER-positiv, HER2-negativ och lymfkörtelnegativ bröstcancer (++)"*. Bör övervägas. Att få rätt behandling i den åldern är avgörande för personens framtid både när cytostaika kan uteslutas och när den behövs.

15.2.1. nya starkare cytostatikabehandlingar visar mer och mer på permanent håravfall. För kvinnor innebär en cancerdiagnos ofta en kris och när förutom det även håret försvinner kan en identitetskris tillkomma. Allt oftare kommer håret endast tillbaks sparsamt. För att ge personen möjlighet att bevara både identitet och ett fortsatt liv med hår, bör kylmössor kunna erbjudas vid klinikerna. Fortfarande lever myten kvar att dessa skulle förhindra att behandlingen når ev

cancerceller i hjärnan. Även kylvantar bör erbjudas med tanke på neuropatier. Båda skulle innebära en hög förbättrad livskvalitet i det fortsatta livet för många. Det vore mycket bra om NVP kunde rekommendera användningen av kylmössor/vantar. Kostnaden måste anses som ringa.

15. 3. Rekommendationer 3e punkten: *"Endokrin behandling bör i princip alltid ges till patienter med ER-positiv bröstcancer."* Formuleringen är olycklig. Behandlingen innebär oftast ganska svåra och långvariga, ibland bestående biverkningar och den bör inte förskrivas utan noggrann eftertanke. För att konstatera återfallsrisken bör väl en genexpressionsanalys göras om inte tumöregenskaperna är solklara. Dessutom behöver det kontrolleras att personen kan bryta ner endoxifen. Det finns ingen anledning att ge behandling som inte fungerar.

Rekommendationer Punkt 10: *"Det finns för närvarande inte något kliniskt eller genexpressionsbaserat beslutsverktyg som med säkerhet kan prediktera nytta av förlängd endokrin behandling, men CTS5 kan användas som stöd i beslutet (++)"*. Man kan inte prediktera nyttan men ändå förskrivas oftast både AI och TAM upp till 10 år. Är det så att man misstänker att det är till nytta? Men här ska väl evidens råda. Undantaget hög risk. Återigen så är den här behandlingen ingen dans på rosor.

15.3.4.2. Att AI har svag evidens för längre än 5 år förutom för högriskpatienter borde framgå tydligare. Ingen större skillnad mot 2-3 år för andra patienter. Men stor skillnad i livskvalité för patienten. Detta bör synas tydligare i rekommendationerna. Prosigna och Oncotype kan i viss mån ge prognos om sena återfall. Bör det rekommenderas för att spara lidande?

15.4.3.2. Bör inte ESMOs graderingar vara lika med NVPs graderingar? Se kommentar i inledningen. A=++++. T ex Perjeta: ESMO skriver A, NVP +++.

16.1 Då stöddokument nyligen utkommit kring BC och graviditet, kommenterar vi där istället.

17.1. Behöver "unga" patienter definieras bättre? Till vilken ålder är man att betecknas som ung?

18. Ang genexpressionsanalyser: sett till texten i 18.1 *"Subtypsfördelning hos patienter > 70 år baserat på analys med Prosigna [979] visar mer aggressiva subtyper hos 52 % av patienterna > 70 år (luminal B 32 %, HER2-amplifierad 11 % och basal-like 9 % vs luminal A 39 %)"*. Ger inte det en indikation att genexpressionsanalys bör rekommenderas här?

18.6. Axillstatusen hos äldre: blir den reviderad i o m resultatet av den sista Senomacstudien? Eller var de inte inkluderade?

18.7. CALGstudien: frågan är vad som hänt om en tredje arm med enbart strålning hade erbjudits? Kanske en sådan studie borde göras. Minskar långvariga biverkningar av endokrin beh för äldre patienter.

19.1. *"Tack vare nya behandlingsmöjligheter estimerar man att det finns cirka 12 000 patienter med MBC vid liv i Sverige"*. Det är verkligen sorgligt att det måste estimeras.

19.2. *"Biopsi bör i princip alltid genomföras vid klinisk eller radiologisk misstanke om återfallssjukdom (++)"*. Vi anser att det ska stå ska här, inte bör.

"Bilddiagnostiken bör i första hand omfatta DT-buk". Borde det inte vara en skillnad för lobulär bröstcancer där metastaser kan uppkomma på helt annorlunda ställen än duktal bröstcancer.

20. Rekommendationer, kirurgisk behandling: *"...mastektomi föredras över sektorresektion av i första hand praktiska skäl"*. Bör inte patientens preferenser betonas här?

21. Tabell 3. Här står Anti HER 2 men hormonell behandling. Som vi skriver i Min Vårdplan, borde det nog stå AntiHER2 samt Antihormonell behandling. Bra om samma språk används. Annars

vore HER2+-behandling och Hormonell behandling logiskt, men det är ju ingen hormonell behandling, den är antihormonell.

24. Rekommendationer: p2: *"I de fall behov av rehabilitering ses bör patienten erbjudas rehabiliteringsinsatser som bör ingå i den skriftliga individuella vårdplanen."* Om det är Min Vårdplan som menas bör det framgå tydligt. Då den finns digitalt bör även det framgå.

Punkt 3: *"överslagning är ett ottydligt ord, överlämning?"*

24.1. *"Kvinnor med cancer har större risk för att utveckla psykologiska besvär som oro och depression jämfört med kvinnor som inte tidigare haft cancer [1387]"*. Eftersom det handlar om bröstcancer även i studien, bör det framgå att det är kvinnor med en bröstcancerdiagnos, inte allmänt kvinnor med cancer.

24.3. Vi skulle önska att det betonas att man ska erbjuda Min Vårdplan och att den digitala versionen ska anammas av alla kliniker. Vilket det inte gör idag. Om en patient behöver använda flera olika kliniker och vårdgivare blir en sammanhållen information näst intill omöjlig att hantera om inte en digital plan finns.

24.4.2. *"I patientens skriftliga vårdplan, Min vårdplan, ska cancerrehabilitering ingå"*. Skriftliga och digitala...

25. Rekommendationer: bör tilläggas att personer med alkoholproblem bör få hjälp med det liksom rökare.

25.2. *"Skydda huden i behandlingsområdet genom att använda kläder i bomullsmaterial närmast huden,"* Faktum är att alla material som rör vid det strålade området under och veckorna efter behandling gör att det blir en värre strålreaktion. Att ge rekommendationen luftig klädsel men helst att man ska använda Mepilex eller Safetac.

27.2.1. *"Det finns alltså inget stöd för rutinmässig bilddiagnostik av ärrområdet efter mastektomi, eller av ett rekonstruerat bröst efter genomgången mastektomi [1405]"*. Gäller detta även vid lobulär bröstcancer, där man inte alltid kan "känna" något?

27.4. Här förekommer förkortningar såsom DEXA och MHT men förklaras inte.

28. Vi anser det otroligt viktigt att bröstcancerpatienter handläggs på enheter som uppfyller kraven från Eusoma vad gäller minsta antal patienter. Vad gäller MDK anser vi att viss digital närvaro är acceptabelt men alla kompetenser måste finnas på en MDK inklusive kontaktsjuksköterskan, även detta enligt Eusoma. För att kunna behandla patienter med metastaserad sjukdom är detta också mycket viktigt. Vi välkomnar skrivningen i sista stycket av 28.2.1, samt 28.2.2. om patienter med ovanligare undergrupper av bröstcancer och färre enheter, just för att upprätthålla den bästa vården.

29.2. Fel namn på lobulär cancer in situ som inte längre betecknas som cancer.

