

9 Opfølgning

9.1 Resumé af DBCG anbefalinger

Formål

At sikre udarbejdelse af en individuel plan for opfølgning af patienter, der har afsluttet behandling for tidlig brystkræft.

Metode

Med inddragelse af de relevante faggrupper og Danske Regioner har Sundhedsstyrelsen udarbejdet et opfølgningsprogram for brystkræft, og programmet fremstår stærkt og opdateret. DBCG har derfor valgt at tiltræde Sundhedsstyrelsens program i stedet for at videreudvikle egne retningslinjer på området. Kun retningslinjer, der omhandler patienter med tidlig brystkræft, er medtaget i DBCG's anbefalinger. Hvor det har været nødvendigt er retningslinjerne uddybet på baggrund af en systematisk litteratursøgning udført af Cancer Care Ontario i oktober 2012. Søgningen identificerede 2.645 artikler hvorfra 12 er randomiserede forsøg og fire er systematiske reviews. Eksisterende udenlandske retningslinjer har også været vejledende.

Rekommandationer

- Efter afslutning af behandling bør opfølgningen organiseres ud fra den enkelte patients behov og ønsker.
- Patienten bør sikres en behovsbestemt adgang til konsultation hos speciallæger, og bør have en fremskyndet adgang til udredning ved mistanke om tilbagefald.
- Patienten bør tilbydes deltagelse i et mammografiprogram.
- Fraset mammografi bør der uden symptomer på tilbagefald ikke planlægges undersøgelser mhp. opsporing af tilbagefald.
- De sociale, psykiske og fysiske følger af diagnosen og behandlingen af brystkræft bør i videst muligt omfang identificeres og afhjælpes.
- Patienten bør henvises til relevant genoptræning og rehabilitering.
- Der udarbejdes en plan for opfølgningen når patienten har modtaget den primære behandling, dvs. når patienten ikke modtager anden end antihormonel behandling.
- Opfølgning efter behandling af tidlig brystkræft skal indberettes til DBCG.

9.2 Ansvarlig

Dette kapitel er udarbejdet af DBCG's medicinske udvalg (13. april 2015).

9.3 Baggrund

Opfølgningsprogrammet er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og beskrevet i "Opfølgningsprogram for Brystkræft" [1]. Programmet er af SST sendt til DR/ Regionerne mhp implementering 15. juni 2015.

- **Efter afslutning af behandling bør opfølgning organiseres ud fra den enkelte patients behov og ønsker.**

Der er ikke holdepunkter for at organiseringen af opfølgning har betydning for overlevelsen, behov for psykosociale støtte eller for om der opstår forsinkelser i diagnosticeringen af recidiv. Opfølgningen bør derfor organiseres afhængigt af den enkelte patients behov og ønsker [2,3].

Opfølgning kan således foregå i primærsektoren, i hospitalssektoren, eller der kan være et delt ansvar på tværs af sektorerne (Tabel 1). Opfølgningen kan koordineres af patienten selv, af en sygeplejerske eller af en læge i primær- eller hospitalssektoren. Hvis patienten vælger selv at have ansvaret for koordineringen bør der sikres adgang til støtte fra relevant fagpersonale.

Tabel 1. Modeller for opfølgning

Opbygning	Koordinator
Primær sektor	
Almen praksis Speciallæge praksis	<ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læge • Speciallæge • Patient-orienteret
Hospitalssektor	
Center afdeling Decentral afdeling	<ul style="list-style-type: none"> • Speciallæge; klinisk onkolog, brystkirurg, andre? • Sygeplejerske; fra onkologisk eller brystkirurgisk klinik. • Patient-orienteret
Delt ansvar	
Alle sektorer	Patienten og/eller en fagperson

I Danmark har der især været anvendt tre modeller for opfølgning.

- Hospitalsbaseret opfølgning i ti år har været den foretrukne model. Patienterne er mødt til en ambulant konsultation hver 3. måned det første år, hver 6. måned år 2 til 5 og engang årligt år 6 til 10. Indholdet i konsultationerne er beskrevet i Sundhedsstyrelsens bilag 1 (Skema planlægning af opfølgning) [1].
- Opfølgning varetaget af speciallæge i almen medicin, er især foregået i år 6 til 10. På Fyn har opfølgningen i almen praksis været koordineret med hospitalsbaseret opfølgning vha. en praksisaftale. En forudsætning for opfølgning i almen praksis er, at der etableres en praksisaftale, der sikrer den nødvendige uddannelse og hurtig genhenvielse [4].
- Opfølgning koordineret af patienten selv i samarbejde med en sygeplejerske på en onkologisk klinik. I år 6 til 10 har der været en behovsbaseret kontakt til sygeplejerske og speciallæge enten telefonisk eller i form af en ambulant konsultation. En forudsætning for patientkoordineret opfølgning er at denne etableres i samarbejde med en hospitalsafdeling (hotline) [4].

- **Patienten bør sikres en behovsbestemt adgang til konsultation hos speciallæger, og bør have en fremskyndet adgang til udredning ved mistanke om tilbagefald.**

Patienter behandlet for brystkræft får relativt ofte brug for en speciallægekonsultation som følge af mistanke om recidiv, mistanke om ny primær kræftsygdom, nye senfølger eller forværring af de eksisterende, ønske om graviditet og menopausale gener [5]. Hverken risikoen for recidiv eller fremkomsten af senfølger er tidsmæssigt afgrænset. For patienter med ER positive og HER2 negative tumorer er risikoen for recidiv således ikke væsentlig mindre i år 6 – 10 end i år 1 – 5. Lymfødeme kan fremkomme mange år efter den lokale behandling og de sjældne men alvorlige senfølger fremkommer også typisk adskillige år efter den lokale behandling.

Note 1. Danske Regioners beslutning om model for opfølgning, se side 9-6

- **Patienten bør tilbydes deltagelse i et mammografiprogram.**

Screening for ny primær tumor

Risikoen for ny primær tumor hos en patient, der er opereret for cancer mammae, er øget - specielt ved lobulært karcinom, idet op til 1 % af patienterne årligt vil udvikle en tumor i det kontralaterale bryst. Risikoen mindskes med stigende alder. Patienter, der har fået påvist brystkræft før 40 års alderen, har efter 25 år en kumulativ risiko på 31 % for en ny primær malign sygdom.

Tidlig diagnostik af recidiv efter brystbevarende terapi

Patienter, der har fået foretaget brystbevarende terapi (lumpektomi og strålebehandling), har risiko for udvikling af lokalrecidiv i det residuele bryst. Risikoen for lokalrecidiv i brystet afhænger af en lang række faktorer så som alder, tumorstørrelse, malignitetsgrad, resektionsafstand, og om der var metastaser til lymfeknuder.

Den nedenstående tabel opsummerer Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende valg af teknik og intervallerne mellem screeningerne.

Tabel 2. Mammografi, vejledning om teknik og intervaller

Gruppe	Anbefaling
Kvinder under 50 år	
Alle operationstyper:	Årlig klinisk mammografi
Kvinder der er 50-79 år ^{1,2}	
Efter mastektomi:	Screeningsmammografi ² af kontralaterale bryst hvert 2.år
Efter lumpektomi:	Klinisk mammografi 1½ år efter operationen. Herefter stillingtagen til overgang til screeningsmammografi ³ hvert 2.år
<p>1. Kvinder, der er behandlet for brystkræft, anbefales at fortsætte mammografiscreening hvert andet år, indtil de fylder 80 år. I den sammenhæng skelnes der ikke i mellem høj- og lavrisiko patienter eller, hvorvidt der er tale om invasiv cancer eller DCIS.</p> <p>2. Patienter der er bærer af en risiko-givende mutation i et høj-penetrant gen og som har bevaret et eller begge bryster anbefales årlig klinisk mammografi indtil de fylder 70 år (overgår derefter til screeningsmammografi).</p> <p>3. Følger efter operation og efterbehandling herunder plastikkirurgi, tilfælde hvor den primære maligne forandring ikke var mammografisk synlig samt et meget tæt brystvæv (>75 %, BIRADS type 4) kan medføre, at nogle kvinder fortsat bør følges med klinisk mammografi hvert 2.år.</p>	

Fraset mammografi bør der uden symptomer på tilbagefald ikke planlægges undersøgelser mhp. opsporing af tilbagefald.

Flere undersøgelser har vurderet værdien af rutinemæssig brug af andre parakliniske undersøgelser i form af røntgenundersøgelse af thorax, knogleskintigrafi, ultralydsscanning af lever samt hæmatologisk og biokemisk status herunder tumormarkører (f.eks. CEA, CA 15.3). Ingen af disse arbejder kan påvise gavnlig effekt på overlevelsen af disse rutineundersøgelser. Der er derfor ikke indikation for parakliniske undersøgelser hos asymptomatiske patienter uden kliniske tegn på recidiv (evidens level 1)[1]. Disse randomiserede forsøg er dog udført i starten af 1990'erne før

tilgængeligheden af nyere biologiske / molekylær-genetiske markører og targeteret behandling, samt moderne billeddannende modaliteter samt CT og MR skannere. Der er ingen data på effekten af brug af nye billedmodaliteter som f.eks. PET-CT i opfølgningen af brystkræftpatienter.

Særlige forhold gælder for patienter, der pga. en medfødt genfejl har en forøget risiko for brystkræft og anden ny cancer. Der foreligger ikke data på effekt af kontrol af patienter med særlig høj risiko for recidiv, som fx patienter med HER-2 positiv sygdom med øget risiko for CNS-afektion.

- **De sociale, psykiske og fysiske følger af diagnosen og behandlingen af brystkræft bør identificeres og i videst muligt omfang afhjælpes.**

Et nyere dansk studie inkluderende 3.343 patienter har rapporteret forekomsten af depressive symptomer 3-4 måneder efter kirurgi. 14 % af patienterne havde klinisk depression, og kun en tredjedel var i relevant behandling [6]. Med henblik på at øge rehabiliteringsprocessen forekommer psykosocial støtte og rådgivning således at være nødvendig umiddelbart efter den primære behandling, idet man bør diskutere emner som "frygt for recidiv", genetisk testning, graviditet, kontraception og menopausale gener. Endvidere bør patienten oplyses om at være opmærksom på ændringer i brystet og instrueres i at henvende sig ved symptomer [5]. Det formodes desuden, at psykosocial støtte i den postoperative periode medfører, at patienten bedre kan magte at være behandlet for en kræftsygdom og have mistet et bryst/fået et deformeret bryst. Undersøgelser tyder således på, at psyko-social intervention kan øge livskvaliteten [1]. Der foreligger et ældre randomiseret forsøg, der viser, at psyko-social intervention (psykoterapi) er forbundet med en forlænget overlevelse hos patienter med dissemineret cancer mammae (evidens level 2b). Der er dog også arbejder, der ikke kan bekræfte dette.

Sammen med en stigende bevidsthed om betydningen af at livsstilsændringer – herunder motion og væggtab - kan påvirke prognosen gunstigt, er det således evident at opsporing og behandling af depressive tilstande er væsentlige grunde til at brystkræftpatienter bør tilbydes formaliseret opfølgning.

- **Patienten bør henvises til evt. relevant genoptræning.**

Patienter med brystkræft skal i forbindelse med og ved afslutningen af behandlingen vurderes mhp. om de er i risiko for eller har fået nedsat funktionsevne. Rehabiliteringsindsatsen er ikke beskrevet i det aktuelle dokument, og der henvises til Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation samt til beskrivelse af pakkeforløbet for brystkræft.

- **Der udarbejdes en plan for opfølgningen når patienten har modtaget den primære behandling, dvs. når patienten ikke modtager anden end antihormonal behandling.**

I samarbejde med patienten udarbejder den hospitalsafdeling (kirurgisk eller onkologisk), der afslutter den primære behandling en (individuel) plan for opfølgningen. Patienter, der modtager antihormonal behandling, skal have en tilknytning til en onkologisk afdeling. Planen for opfølgningen bør udarbejdes ca. 2 år efter operation for brystkræft og bør indberettes til DBCG (kvalitetsindikator). Ved indberetning til DBCG bør det angives om patienten har givet samtykke til at modtage information om nye behandlinger, til at deltage

i videnskabelige undersøgelser og tilbud om en udvidet opfølgning såfremt der senere kommer ny viden på området.

- **Opfølgning efter behandling af tidlig brystkræft skal indberettes til DBCG.**

I tillæg til de ovenfor anførte formål har opfølgningen også til formål at tilvejebringe viden om behandlingens effekt (recidiv), sequelae, og påvirkning af livskvalitet. Resultatet af opfølgningen bør derfor indberettes til DBCG.

Tabel 3. Formål med opfølgning efter primær behandling for cancer mammae

Formål	Tiltag
Forbedring af overlevelsen	Screening for ny primær tumor Opsporing af recidiv i mammae 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.)

Referencer

1. Opfølgningsprogram for Brystkræft. Sundhedsstyrelsen, februar 2015 (ISBN: 978-87-7104-094-4; <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~-/media/955CE1F4367543219BCA03B59005ADDA.ashx>).
2. Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2005;(1):CD001768.
3. Grunfeld E. Looking beyond survival: how are we looking at survivorship? J Clin Oncol 2006;24(32):5166-9.
4. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, Hughes DA, Russell I, Stuart NS, Weller D, Wilkinson C. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. Br J Gen Pract. 2009;59(564):e234-47.
5. The Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. CMAJ 1998; 158 Suppl 3:S1-S2.
6. Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Moller S, Ravnsbaek J et al. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer. Breast Cancer Res Treat 2009; 113(2):339-355.

Valg af model for opfølgning

Kredsen af sundhedsdirektører i Danske Regioner drøftede på et møde fredag den 27. november 2015 de 3 modeller for opfølgning af de patienter, der ikke længere er i aktiv behandling, som er skitseret i DBCGs retningslinie for opfølgning:

1. Gennem almen praksis, under forudsætning af, at der etableres en aftale med praksissektoren herom, og at den praktiserende læge får en direkte adgang til at få patienten vurderet af en specialist i hospitalsafdelingen (hotline). Det forudsætter også, at patienten ikke afsluttes fra hospitalet, men fortsætter i et åbent forløb.
2. Modellen, hvor patienten selv "styrer" opfølgningen, forstået på den måde, at hun selv kan rette henvendelse direkte til afdelingen (f.eks. gennem et sygeplejerskeambulatorium) og kan lave en aftale om at blive vurderet af en specialist, såfremt hun får symptomer, der giver anledning til behov for vurdering. I dette tilfælde skal der selvfølgelig også fortsat være et åbent forløb i hospitalsregi.
3. Den traditionelle, der omfatter aftalte regelmæssige opfølgingsbesøg, som der i SST's anbefaling er lagt op til skal begrænses.

Sundhedsdirektørerne besluttede, at det er model 2, der skal tages i anvendelse i regionerne, og DBCG har fra Danske Regioner modtaget besked om, at det skal meldes ud fra DBCG og indføres i retningslinierne.