

Oversikt kontroll og oppfølging brystkreft

GENERELT

Oppfølging etter gjennomført primærbehandling for brystkreft og DCIS har mange aspekter, både medisinske, funksjonelle, psykososiale og økonomiske. Pasientenes individuelle behov for støtte vil variere. Alle pasienter trenger noe praktisk veiledning. Tidlig påvisning av isolert lokoregionalt residiv er det viktigste aspekt ved kontrollene, samt å motivere til anbefalt bruk av endokrin behandling, dersom indikasjon, og å følge opp behandlingsrelaterte bivirkninger og seneffekter. Det er imidlertid ikke vist at omfattende og hyppige kontroller eller bruk av undersøkelser med tanke på tidlig diagnostikk av fjernmetastaser bedrer overlevelsen, men for pasienten er det viktig å føle seg ivaretatt på en trygg måte.

De fleste pasientene bør vanligvis følges opp i 10 år etter primærbehandlingen. Kontrollopplegget gjelder for både menn og kvinner. Den individuelle risiko for lokoregionalt residiv og metastaser er avhengig av både stadium og sykdommens biologiske egenskaper. Residivraten er generelt lav det første postoperative året, er høyere i perioden 2–3 (5) år postoperativt før den faller, men hvor residivraten, er ganske konstant i mange ytterligere år etter diagnose hos pasienter med hormonreseptor positiv sykdom.

Alle pasienter bør informeres om risikoen for lokoregionalt residiv, og muligheten for ny svulst i det kontralaterale bryst. De fleste residiv oppdages ved mammografi og av kvinnen selv. Pasientene bør derfor oppmuntres til regelmessig egenundersøkelse og skal kontakt med fastlege/ ved nyoppståtte forandringer i opererte bryst eller på brystveggen/armhulen. I tillegg bør de informeres om viktigheten av årlig mammografiundersøkelse.

Organisering av etterkontroll-tilbudet for den enkelte pasient kan utformes i sykehuset og etter nærmere avtale overføres til fastlegen. Overføring og oppfølging hos fastlege må trygges gjennom tydelig informasjon og veiledning til pasient og fastlege. Det er vist like gode resultat mht deteksjon av residiv/metastaser hos fastlege som på sykehus.

Formålet av kontrollene:

- Tidlig diagnostikk av lokoregionalt residiv/ny tumor i det opererte bryst eller det kontralaterale brystet.
- Motivere til anbefalt bruk av endokrin behandling (ved hormonreseptor positiv brystkreft), følge opp behandlingsrelaterte bivirkninger og seneffekter, og vurdere eventuelle komplikasjoner eller funksjonsreduksjoner som følge av gjennomført primærbehandling.
- Generell rådgivning og veiledning (f.eks. om arvelige risikofaktorer i familien, svangerskap, bruk av østrogener).
- Å sørge for at pasienter som ønsker sekundær rekonstruksjon henvises til plastisk kirurgisk vurdering.
- Følge opp pasienter i kliniske studier.

- Diagnostikk av symptomgivende fjernmetastaser.

Individualisert kontrollopplegg

Klinisk oppfølging bør individualiseres på bakgrunn av diagnose, stadium, aktuell behandling, risiko for residiv, alder og komorbiditet. Det er viktig å vurdere om det er økt kontrollbehov for pasienter som benytter endokrin behandling, avhengig av bivirkningsnivå, behandlingsplan og complianceutfordringer. Dersom det gis utvidet endokrin behandling (ut over 5 år), er det også grunnlag for kontroll ved sykehuset i forbindelse med avslutningen av denne behandlingen, som også inkluderer registrering i Norsk Bryst Cancer Register (NBCR)

1. Alder:

Ved høy alder og kort forventet levetid kan årlige mammografikontroller og kliniske kontroller utgå.

2. Pasienter under 40 år som har fått adjuvant systembehandling og pasienter med brystkreft i relasjon til svangerskap og amming kan ha behov for tettere oppfølging.

Disse pasientene skal følges med årlig mammografi i 10 år og deretter mammografi årlig til 50 år. Det anbefales årlig kontroll hos sykehuslege minimum de 5 første årene, deretter individuelt tilpasset kontroll videre, men med sykehuslegekontroll i hvert fall ved år 10. Årlige kontroller som ikke gjennomføres hos sykehuslege, kan utføres hos fastlege.

3. DCIS

Alle skal kontrolleres med mammografi årlig i 10 år. Det anbefales kontroll hos kirurg etter 1 og eventuelt 2 år for oppfølging av det kirurgiske resultatet og eventuelt strålerelaterte problem.

4. Lokalavanserte pasienter

Følges av onkologer og behandles på regionsykehus, individualisert opplegg.

Hva skal kontrollene inneholde:

- Mammografi skal gjennomføres årlig med første kontroll innen 1 år fra diagnosetidspunkt og videre til totalt 10 års oppfølgingstid. Mammografi rekvireres fra behandlende sykehus. Ved infiltrerende brystkreft anbefales kontroll på sykehus 1, 2 og 5 år etter diagnosetidspunkt (med individuell vurdering ved lavt stadium, snill biologi og høy alder). Det kan være grunnlag for å individualisere kontrollhyppigheten hos noen pasienter (f.eks. hos pasienter med betydelige bivirkninger av endokrin terapi, samt andre årsaker nevnt under).

- Årlig klinisk undersøkelse inngår som del av etterkontrollene ved infiltrerende brystkreft.
- Årlig livslang kontroll av thyreoideafunksjon anbefales hos pasienter som har gjennomført lokoregional strålebehandling (se nedenfor).

Begrunnelse for kontroller år 1, 2 og 5 på sykehuset:

- a) Etter det første året (kirurgisk resultat, bivirkninger, compliance ved endokrin behandling)
- b) Etter 2 år (oppfølging og eventuell justering av endokrin behandling, oppfølging av bivirkninger etter kjemoterapi, annet)
- c) Etter fem år (seponering eller videreføring av endokrin behandling).

Laboratorie-/billeddiagnostiske undersøkelser

Det er ikke vist effekt av å ta blodprøver hos pasienter med upåfallende anamnese og normal klinisk undersøkelse. Rtg. thorax eller andre billeddiagnostiske tiltak er ikke rutine ved etterkontroll. En god anamnese og en nøyaktig klinisk undersøkelse av de lokoregionale forhold betyr mest for påvisning av residiv/metastase ved etterkontrollene.

Ved mistanke om residiv/metastaser, vil supplerende undersøkelser være aktuelt. Det kliniske bildet vil avgjøre hvilke undersøkelser som gjennomføres.

Aktuelle undersøkelser er:

- Utvidet blodprøveprofil – Hematologiske prøver, kreatinin, s-Ca, albumin, leverprøver
– Evt. tumormarkører (for eksempel MUC1 (CA 15–3), CEA).
- Skjelettundersøkelser – MR columna/bekken som et minimum (evt. også thoraxskjelett)
For å lete etter multiplisitet ved for eksempel mistanke om skjelettmetastaser er MR av et begrenset skjelettområde av mindre verdi.
– Skjelettscintigrafi
- Leverundersøkelser – Ultralyd lever eller
– CT lever
- CT thorax
- CT thorax/abdomen/bekken
- PET/CT
- MR/CT caput/cerebri

Når kontrollene avsluttes på sykehus etter fem- eller mer års oppfølging og overføres til fastlege

1. Sykehuslege/mammasykepleier rekvirerer mammografier til de neste årene (totalt 10 års oppfølging. Svaret sendes til fastlege.

2. Pasienten formidles at det er pasientens sitt eget ansvar for å ta kontakt med fastlege for svaret og klinisk undersøkelse.
3. Sykehuslege formidler (skriftlig) i et poliklinikknotat (til fastlege) pasientens (individualiserte) kontroll opplegget.
4. Brystkreft pasienter mellom 50 og 70 år er reservert i 10 år fra mammografiscreeningsprogrammet. Etter 10 års oppfølgingstid blir pasientene som ikke har fylt 70 automatisk kalt inn for annen hvert år mammografi.