
Brystkreft

REDAKSJONELT

KÅRESEN R

I dette nummer av Tidsskriftet publiseres fire artikler om brystkreftsykdommen (1-4). Per-Henrik Zahl belyser meddata fra Kreftregisteret hvordan forekomsten og dødeligheten har endret seg gjennom 30-årsperioden 1965-94 (1). Kristina Kjærheim tar for seg alkohol som medvirkende årsak til sykdommen og diskuterer epidemiologens mulige bidrag til å redusere forekomsten (2). Nils Raabe og medarbeidere publiserer behandlingsresultatene for de ca. 2800 kvinnene i Oslo som fikk sykdommen i perioden 1980-89 (3), og Jan Norum & Erik Wist presenterer data fra Nord-Norge med sterkvinkling på behandling, resultater og kostnader ved brystbevarende kirurgi (4). Artiklene gir et godt bilde av hva livet om årsak, forekomst og behandling. De kan være et utgangspunkt for å vurdere kvaliteten av behandlingen og muligheten for å forbedre den.

Når det gjelder forekomsten av brystkreft, får vi en bekreftelse på det vi lenge har visst: Brystkreft er en sykdom som øker betydelig i hyppighet, fra rundt 60 nye tilfeller per 100 000 kvinner per år i 1960 til 90 i 1994, dvs. en 50% økning (1). Økningen kommer særlig i aldersgruppen under 40 år. Dødeligheten har ikke vist fullt så stor økning idet aldersstandardiserte rater var 27 i 1960 og 35 i 1994. Med andre ord døde nær hver annen brystkreftpasient av sykdommen i 1960, mens litt over hver tredje dør i dag. Om dette skyldes bedre diagnose/behandling eller overdiagnostikk av tidlig kreftsykdom pga. økende bruk av mammografi (5), er usikkert. Mest sannsynlig er det nok en kombinasjon av de to faktorene.

I sin litteraturoversikt sannsynliggjør Kjærheim at alkohol er en svak risikofaktor for å få brystkreft. Et gjennomsnittlig forbruk rundt 12 g alkohol (en drink) daglig, øker den relative risiko (RR) til mellom 1,1 og 1,45 og over 36 g til mellom 1,4 og 2,1. Riktignok finner hun 16 studier som ikke viser noen forskjell, men flertallet (34 studier) viser en klar sammenheng. Alkohol er en av de fire risikofaktorer (alle svake) som det er mulig å gjøre noe med. De tre andre er sen/ingen barnefødsel, tidlig (yngre enn 35 år) og langvarig (mer enn fire år) bruk av p-pille og overvekt. Andre kjente faktorer som alder, arv, stor kroppshøyde, tidlig menarke og sen menopause ligger utenfor mulighet for

påvirkning. Totalt sett er det å få tidlig fullbårne barn (før 20-25 års alder), og det å få fjerneteggstokkene relativt ung (under 30-35 år) det som gir den største grad av beskyttelse. Begge deler er uakseptable som profylaktiske tiltak. Reduksjon av alkoholinntak og overvekt blir da stående igjen som det eneste mulige ved siden av pillebruken.

Er da dette noe vi skal gå sterkt ut med. Kjærheim har regnet ut at dersom de 6% av kvinner i Norge som antas å ta en drink om dagen, sluttet med dette, så kunne 24 tilfeller av brystkreft være unngått per år (2). Dette er ikke nok til å utløse den store alarmen, det er tross alt 2100 kvinner per år som får brystkreft her i landet. Etter min oppfatning skal vi gi nøktern informasjon med absolutte tall som utgangspunkt. Så får det være opp til den enkelte kvinne å velge hvilke konsekvenser hun vil trekke med hensyn til sin livsførsel. Det gjelder de fleste risikofaktorer for brystkreft.

Raabe og medarbeidere gir en oversikt over 1980-årenes behandlingsmetoder og resultater (3). Det mest oppsiktsvekkende er dokumentasjonen av at i slutten av 1980-årene, fikk bare 57% av pasientene hvor dette var anbefalt, medikamentell adjuvant terapi (6) i Oslo. Et skremmende eksempel på hvor vanskelig det er å innarbeide nye behandlingsregimer som er vist å gi god effekt. Hovedkonklusjonen at "...anbefalte retningslinjer følges opp ved hjelp av definerte kvalitetsmål og vilje til å korrigere rutinene dersom målene ikke nås", står selvsagt fast (3).

Når det gjelder retningslinjer, har Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG) fra 1981 gitt ut stadig reviderte utgaver av den såkalte Blåboka og arbeider i disse dager med 5. utgave (6). Den gir en landsdekkende norm for behandling av brystkreft og sendes til alle landets leger uavhengig av spesialitet. Det er tankevekkende at gjentatte søknader om støtte til dette viktige kvalitetsarbeidet, både til Legeforeningens kvalitetssikringsfond og Statens helsetilsyn, konsekvent avslås. Utgivelsene har vært mulig med støtte fra Den Norske Kreftforening og legemiddelindustrien. Undersøkelsen fra Oslo lærer oss imidlertid at det ikke er tilstrekkelig med retningslinjer. Man bør foreta prospektive registreringer av de viktigste behandlings- og resultatvariablene (7). For de fire fylkene som har startet mammografiscreening i 1996, er det i regi av Kreftregisteret, opprettet en felles database som gjør det mulig å kontrollere at de anbefalte behandlingsregimer følges, og at målene i den veldefinerte kvalitetssikringsmanualen nås (8). En undersøkelse fra Sheffield (størrelse som Norge - 3,6 millioner innbyggere) fra årene 1979-88 (9) viste at om man satte overlevelsen i sykehus med færre enn ti nye tilfeller behandlet per år til RR 1 med hensyn til pasientenes sannsynlighet for å overleve sykdommen i minst fem år, var RR i sykehus med mer enn 30 nye per år 0,82. I absolutte tall dreide forbedringen seg om en mulighet for 500 færre dødsfall over den tiårsperioden undersøkelsen dekket, forutsatt at beste behandling var blitt gitt i alle sykehus. Om slike forskjeller finnes i Norge i dag, vet vi ikke. I 1995 var det imidlertid i alt 60 norske sykehus som behandlet brystkreft hvorav 21 (35%) hadde ti eller færre nye tilfeller per år (Lundgren S. og medarbeidere, upubliserte data). Kanskje er det tid for å revurdere om denne strukturen er hensiktsmessig?

Artikkelen fra Tromsø (4) viser et fint eksempel på at en avdeling gjennomgår og kvalitetsvurderer sitt behandlingsopplegg. Materialet er lite (173 kvinner), men artikkelen dokumenterer greit at det i Nord-Norge synes å være svært akseptable ventetider fra diagnose til operasjon med en middeltid på sju dager og 74% operert innen 14 dager. Når det gjelder strålebehandling, var ventetidene atskillig lengre, - i Finnmark 3,1, Troms 2,1 og Nordland 2,7 måneder. Dette reflekterer et problem man også ser i resten av landet (10), at kapasiteten for strålebehandling er fordårlig. Dette til tross for at andelen som får utført brystbevarende behandling i Norge ligger påfallende lavt, 13-15% av dem som ble operert i årene 1990-95 (Lundgren S. og medarbeidere, upubliserte data). Sammenliknet med mammografiscreeningsområdene i Sverige hvor 60-70% tilbys brystbevarende behandling, er dette lite, og andelen brystbevarende behandling må forventes å øke (i 1996 vel 40% i Ullevål sykehus). Denne trenden vil aksentuere kapasitetsproblemene dersom man ikke får i gang en rask utbygging av strålekapasiteten. Det verste ved situasjonen, er at man kommer i en tvangssituasjon i valget mellom pasienter med behov for lindrende strålebehandling og de med primærbehandlingsbehov (10). En uverdig valgsituasjon i et land med så god økonomi som Norge!

Status for brystkreft er altså at vi ser en klar økning av sykdommen også om vi justerer for alderssammensetning. Vikjenner enkelte risikofaktorer, men bortsett fra alkohol, overvekt, tidligere fødsler og muligens langvarig tidlig bruk av p-pillen er det lite å gjøre med dem. Det er avslørt at det forekom terapivikt i Oslo i 1980-årene. Anbefalingslinjer (6) og oppfølging av at de gjennomføres og at oppsatte kvalitetsmål (8) virkelig nås gjennom prospektivregistreringer i landsdekkende kvalitetsdatabaser, er veien å gå for å unngå terapivikt for fremtiden. Brystbevarende kirurgi har påfallende liten utbredelse her i landet, og bør tilbys flere kvinner selv om omkostningene er relativt høye. Dette vil kreve en rask utbygging av kapasiteten for stråleterapi som allerede er for liten. Man vil ellers få en uakseptabel prioriteringssituasjon mellom terapeutisk og palliativ stråleterapi.

Rolf Kåresen

LITTERATUR

1. Zahl P-H. Brystkreft - insidens, mortalitet og stadiemigrasjon i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3765-7.
2. Kjærheim K. Alkohol, brystkreft og årsaksslutning i epidemiologien. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3771-6.
3. Raabe NK, Fosså SD, Kåresen R. Primær invasiv cancer mammae i Oslo 1980-89. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3778-83.
4. Norum J, Wist E. Brystkreft behandlet ved Kreftavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø 1986-94. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3786-9.
5. Ernester VL, Barclay J, Kerlikowske K, Grady D, Henderson C. Incidence of and treatment for ductal cancer of the breast. JAMA 1996; 275: 913-8.
6. Norsk Bryst Cancer Gruppe. Den Norske Kreftforening. Norsk Kirurgisk Forening. Norsk Forening for Terapeutisk Onkologi. Cancer mammae. Primærbehandling. 4. utg. Oslo: Den Norske Kreftforening, 1994.
7. Jacobsen U, Kåresen R. A micro-computer-based structured journal system for diseases of the female mammary gland. Med Informat 1992; 17: 141-7.
8. Sager EM, Thoresen SØ. Kreftregisteret. Kvalitetssikring i mammografiscreening. Oslo: Kreftregisteret, 1996.

9. Saintsbury R, Harward B, Rider L, Johnston C. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995; 345: 1265-70.
 10. Hagen S, Kåresen R, Nygaard K, Mæhlumshagen G, Grev A, Weyde K et al. Regional helseplan, helseregion I. Innstilling fra faggruppe for kreftomsorg. Hamar: Regionalt helseutvalg. Fylkeshuset Hamar, 1997: 63-4.
-

Publisert: 30. oktober 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.