Behandling af klimakterielle gener hos kvinder behandlet for brystkræft

Af gynækologerne Claus Christoffersen & Christine Felding

Patienter behandlet for brystkræft er traditionelt frarådet systemisk hormonbehandling. Dette er begrundet i en teoretisk overvejelse om, at tumorceller kunne stimuleres af østrogener og at recidiv frekvensen dermed kunne øges. Samtidig øger østrogener tætheden i mammavæv, hvorfor mammografikontroller har en nedsat sensitivitet.

Der findes en række data hos raske, der indikerer, at østrogener øger risikoen for cancer mammae efter 4-5 års behandling.

Med hensyn til kvinder med brystkræft findes der ikke tydelige randomiserede data, der fortæller os klart om risikoen. En række casekontrol studier har ikke kunne påvise en øget risko for recidiv eller død ved hormonbehandling af brystkræftbehandlede kvinder. I øjeblikket gennemføres en stor international undersøgelse (HABITS = Hormone replacemnet therapy after breast cancer – is it safe?), som forhåbentligt kan kaste lys over emnet.

Men hvad gør man så i den praktiske hverdag, hvis kvinderne har udtalte klimakterielle gener?

Vi har spurgt samtlige (11) onkologiske afdelinger i Danmark, hvad deres anbefalinger er. Samtlige afdelinger har været så venlige at svare os.

7 ud af 11 afdelinger har en instruks for området.

Hvilke behandlinger anbefales så:

Tabl. Catapresan[R] anbefales af samtlige afdelinger som et førstevalgspræparat.

I undersøgelser viser placebo at kunne reducere hedestigninger med 25%. Clonidin er 20% bedre end placebo, men en del er generet af mundtørhed.

Moderne antidepressiva giver en reduktion af hedestigninger på mellem 37 og 61%, alt efter dosis.

Propanonol bruges af en enkelt afdeling

Naturlægemidler: 6 ud af 11 afdelinger anbefaler/har ikke noget imod, at kvinderne tager f.eks. Melbrosia[R] eller Angelika[R]. Faktisk findes der en dansk undersøgelse, der viser, at Angelika[R] ikke stimulerer mammacancerceller. En enkelt afdeling bruger Salvie.

Ingen afdelinger anfører, at der teoretisk er en risiko for endometrieproliferation og måske en risiko for endometrieforandringer, hvorfor Sundhedsstyrelsen fraråder mere end 6 mdr. brug af præparaterne.

Hvis der fortsat er svære symptomer, hvad så?

Lokal hormonbehandling f.eks. Vagifem[R] eller Sexadien[R] accepteres af alle afdelinger. Nogen afdelinger anbefaler Estring[R] som førstevalgspræparat.

9 ud af 11 afdelinger anfører, at hvis kvinderne fortsat har gener og er informeret om vores manglende eksakte viden om emnet, accepteres hormonbehandling. Men hvilke type af behandling er der uenighed om.

3 afdelinger anfører Livial[R] som førstevalgspræparat. Dette præparat, som indeholder tibolone, der har østrogen-, gestagen- samt androgenlignende effekt, har ligeledes en SERM lignende effekt og i visse små materialer ses en anti-østrogen effekt på mammavæv.

2 afdelinger anbefaler plasterbehandling, formodentlig ud fra en betragtning om den lavere østrogen dosering, selvom serum-koncentrati onen gerne skulle være den samm som ved tablet-behandling.

Østradiol behandling bruges evt Der tages ikke stilling til den debat der foregår i de gynækologiske kred se, nemlig diskussionen om gesta geners betydning for mammacance Der foreligger visse rapporter, de angiver at gestagendoseringen ha en betydning, hvorfor kombinations behandling skulle være mindr attraktiv end en sekvensbehandling Den modsatte fordel gør sig gælden de for endometriet.

Flere afdelinger anfører kombina tionen med østradiol og tamoxife som en relevant mulighed.

Hvis det drejer sig om osteoporo se behandling, findes der jo glimren de alternativer til en hormonbehand ling, f.eks. raloxifen (Evista[R]) elle bisfosfonaterne (Didronate[R] og Fosa max[R]).

Hvordan stiller de onkologiske afdelinger sig til østrogenreceptorstatus?

6 afdelinger anfører, at en positi østrogenreceptor taler mod en østro genbehandling, hvorimod 4 afdelin ger anfører, at dette er uden betyd ning. 1 afdeling anfører, at de delvi ser på receptorforholdene.

Der er således ikke fuldstændig enighed om, hvad man kan og hvad man ikke kan. Der planlægges e konsensus-konference om emnet men indtil videre må problemern diskuteres med hver enkelt kvind og således i fællesskab med kvinden den praktiserende læge/gynækolo gen og den onkologiske afdeling fin de en løsning, der hjælper den enkel te kvinde bedst muligt.