

# Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC)

Sammanfattning och vägledning till den  
interaktiva årsrapporten för 2022

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2023-09-07	Revision A

Ansvarig utgivare: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland  
Detta dokument publiceras enbart som pdf och finns att ladda ner på  
<http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/rapporter/>  
Tillhörande tabeller över 2022 års statistik finns på webben  
<http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

# Innehåll

<b>ÅRETS RAPPORT</b> .....	<b>4</b>
Nyheter i årsrapporten 2022	
<b>BASFAKTA OM REGISTRET</b> .....	<b>5</b>
Om kvalitetsindikatorer och målnivåer .....	5
<b>BACKGROUND</b> .....	<b>6</b>
<i>About quality indicators and target levels</i> .....	6
<b>ORGANISATION</b> .....	<b>7</b>
Stadgar, styrgruppsledamöter för NKBC.....	7
Stödteam/support .....	7
Rapporten har utarbetats av .....	7
<b>SAMMANFATTANDE TABELL MED MÅLNIVÅER</b> .....	<b>8</b>
<b>KOMMENTARER TILL TABELL</b> .....	<b>9</b>
<b>COMMENTS TO TABLES</b> .....	<b>11</b>
<b>ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR</b> .....	<b>13</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>16</b>

## ÅRETS RAPPORT

Data för 2022 redovisas som en interaktiv rapport online. Siffrorna uppdateras två gånger per år, dels i april och dels i september. Sammanställningen innehåller resultat till och med diagnosår 2022 (och 2021 för vissa onkologiska variabler vilka rapporteras med fördröjning). Rapporterna baseras på data som extraherats ur NKBC (Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer) 2023-09-01. Den interaktiva rapporten nås på <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>.

*The yearly report from the National Breast Cancer Register is published as a condensed summary with link to interactive reports <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>. Data is updated twice yearly.*

### Nyheter i årsrapporten 2022

Rapporten ”Typ av axillkirurgi” redovisas nu med urvalsmöjligheten primär operation/ preoperativ onkologisk behandling eller konservativ behandling/ uppgift saknas.

PROM-data redovisas i den interaktiva årsrapporten med täckningsgrad och svarsfrekvenser.

## BASFAKTA OM REGISTRET

Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC) finns sedan 1 januari 2008.

### Om kvalitetsindikatorer och målnivåer

En grundtanke med registret är att faktorer av betydelse för den enskilda individen med bröstcancer ska belysas.

Nya primära fall av invasiv cancer och cancer in situ hos kvinnor och män registreras; även de som inte blir opererade. Fall med kända fjärrmetastaser vid diagnos registreras men följs i nuläget inte upp i NKBC (blir möjligt då IPÖ får nationell täckning). I NKBC rapporteras antal tumörer per bröst, men tumördata endast avseende den största. Den obligatoriska anmälan till Cancerregistret registrerar däremot uppgifter om flera tumörer per bröst.

Det är frivilligt från patientens sida att registreras i NKBC. Täckningsgraden ligger stadigt nära 100 % vid jämförelse mot Cancerregistret.

Registerdata följer vårdkedjan från diagnos till eventuellt återfall och död. Skillnader mellan sjukvårdsregioner, regioner och vårdgivare kan kartläggas och relateras till aktuella, nationella och internationella riktlinjer samt de kvalitetsmål som ställs upp av specialistföreningar, Svenska Bröstcancergruppen, Socialstyrelsen, EUSOMA och EU. Patientföreträdare finns representerade i Svenska Bröstcancergruppen och i styrgruppen för NKBC.

Kvalitetsindikatorer kan delas in i vad man gör (struktur), hur man gör (processmått) och vad utfallet blir (resultatmått). Här rapporteras i huvudsak processmått.

Målnivåerna har i första hand utgått från EUSOMA:s riktlinjer men när dessa saknas har målnivåerna utgått från Socialstyrelsen eller professionen.

Målnivåerna omprövas regelbundet och följer det nationella vårdprogrammet för bröstcancer <https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/vardprogram/>

Rapporten belyser främst den primära handläggningen av bröstcancer dels i samband med operation, och dels avseende preoperativ och adjuvant behandling i form av endokrin-, strål-, cytostatika- samt antikroppsbehandling. Behandlingsvariabler rapporteras för genomförd behandling. För behandlingar som genomförs under en längre period, upp emot sex månader och längre vid antikroppsbehandling, sker rapporteringen av dessa indikatorer med tidsfördröjning.

Den fullständiga patologirapporten innehåller uppgifter om den borttagna vävnaden från bröst och lymfkörtlar i armhålan. Tumöregenskaper som hormonkänslighet (östrogen- och progesteronreceptorer), tillväxtfaktorer (HER2) och celledelningshastighet (Ki67) och antal friska och/eller cancerangripna lymfkörtlar är underlag för den medicinska behandlingsrekommendationen.

De uppföljningsdata som registreras avser postoperativ uppföljning under 5–10 år med avseende på lokalrecidiv och spridd sjukdom.

Data från de sjukhus i landet som primärt handlägger bröstcancer ingår i redovisningen. Enheter som behandlat fem eller färre patienter redovisas inte separat i tabellerna (detta för att enskilda fall inte ska kunna identifieras).

## **BACKGROUND**

### **About quality indicators and target levels**

*NKBC (National Quality register for Breast Cancer) is functional since 2008. A cornerstone for the register is to demonstrate aspects of clinical relevance to the individual diagnosed with breast cancer.*

*Newly diagnosed primary cases of in situ and invasive breast cancer are reported to NKBC. Only one malignant lesion is reported for each breast while the National Cancer Register contains information on numbers of malignant lesions in each breast. The coverage is almost 100 %. Register data are presented in an interactive report that is updated twice yearly and displayed on the NKBC web page <http://statistik.incanet.se/brostdancer/>.*

*Register data describes the care process from diagnosis to first event of recurrence, metastatic disease and/or death. Differences on regional, municipality and hospital levels are displayed as is county of residence and notifying hospital. The data relate to national and international guidelines and quality target levels set by the Swedish Board of Health and Welfare, EUSOMA and EU. Patient representatives are members of the NKBC.*

*All units that treat more than five patients with breast cancer annually are included in NKBC. Data are presented in interactive reports on national-, on health care regional- (North, Mid Sweden, Stockholm-Gotland, South East, South, West), on regional and on hospital levels. Limited case selection, for example, on invasive and in situ cancers, tumor subtype, year and age at diagnosis can be performed. Each variable displayed in figures and in tables contains a description to assist interpretation of results.*

*Quality indicators can be subdivided into what is done (structure), how it is done (process) and outcome (performance metrics). Predominantly outcome metrics are reported in NKBC, but also data on coverage and lead-times.*

*Data on primary breast cancer diagnosis and the care process from the breast surgery units are reported quite extensively. Systemic pre-and postoperative treatment, radiotherapy, endocrine and targeted therapy is reported when completed. As the treatment period generally exceeds six months, oncological treatment data are displayed with time lag.*

*The complete pathology report contains information on biopsy proven tissue (core needle biopsy before preoperative systemic treatment) or from the surgical specimen e.g. from breast and excised lymph nodes. Variables like tumor size, tumor type, receptor status, molecular subtype, lymph node status are pillars for the multidisciplinary recommendations regarding surgery, cytotoxic, endocrine and targeted therapies.*

*The collected follow up data at five years mainly regards endocrine therapy, date of first recurrence and date of distant metastases. Follow up data are incomplete which partly reflect differences in follow up routines. Swedish national guidelines recommend yearly breast imaging for five years after diagnosis. There is no medical evidence that structured follow ups lead to a survival benefit.*

*Patient reported outcome (PROM) instruments capture symptoms and breast cancer related problems. PROM was implemented within NKBC 1.1.2020 measuring baseline symptoms, as well as symptoms at follow up of 6,12 and 36 months. The majority have responded through a web form.*

*The current report does not report outcome data on recurrences nor on metastatic disease. A work in progress will encompass the trajectory and treatment of metastatic breast cancer cases.*

## ORGANISATION

Registrets styrgrupp har regional representation av bröstcancerspecialister från olika professioner. Deltagande sjukhus rapporterar via det webbaserade kvalitetsregistret till respektive Regionalt cancercentrum, där Stockholm-Gotlandregionen är primärt samordnande.

Registret använder INCA, en nationell generisk IT-plattform för hantering av register <https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/stod-for-kvalitetsregister/om-inloggning/om-inca/>  
Anslag för registrets utveckling har sedan 2007 mottagits från Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister vid Sveriges Kommuner och Regioner.

## Stadgar, styrgrupp ledamöter för NKBC

Uppgifter om styrdokument, manualer och variabelbeskrivningar finns på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/dokument> finns.

Uppgifter om registerhållare och styrgrupp finns på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/registergrupp/>

## Stödteam/support

Uppgifter om nationellt stödteam vid RCC finns på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/support/>

## Rapporten har utarbetats av

### **Från exekutiva ledningsgruppen i NKBC:**

Irma Fredriksson, Johan Hartman, Maria Fjell, Maria Ekholm, Kerstin Sandelin.

### **Från stödteamet RCC Stockholm Gotland:**

Maja Fahlén, Maria Forsgren, Lena Grönlund, Oscar Lidström, Camilla Mattsson

## SAMMANFATTANDE TABELL MED MÅLNIVÅER

Andel bröstcancerfall (%) för utvalda indikatorer per region (se text under tabell).

Datauttag gjort 2022-09-01.

Summary table with target levels for 13 key indicators from NKBC. Proportion of breast cancer cases (%) and selected variables per region. Data extracted 2022-09-01.

Region	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stockholm	56.8	99.6	99.8	99.5	98.2	25.2	89.2	91.7	36.06	92.3	94.9	95.5	96.4
Uppsala	71.0	98.7	99.0	98.7	98.4	35.9	97.7	92.9	66.67	96.7	64.3	92.7	100.0
Södermanland	75.3	100.0	100.0	99.7	97.7	71.1	84.8	94.9	1.61	89.5	85.7	79.2	100.0
Östergötland	61.3	94.9	97.8	98.1	94.6	31.5	84.8	92.0	13.27	92.7	77.8	98.5	100.0
Jönköping	71.1	99.1	99.4	99.1	96.9	26.8	88.2	90.3	15.38	88.5	81.8	97.9	100.0
Kronoberg	62.1	96.1	97.8	100.0	98.8	20.0	88.8	87.1	8.16	93.8	95.2	86.0	92.9
Kalmar	65.4	100.0	99.6	100.0	95.2	83.2	89.9	91.4	4.08	65.0	96.6	96.4	93.8
Gotland	49.1	90.5	94.0	92.9	98.6	55.6	87.2	87.5	13.04	100.0	60.0	91.9	100.0
Blekinge	76.0	100.0	100.0	100.0	98.1	17.8	95.5	94.2	5.00	78.3	80.0	82.5	80.0
Skåne	69.4	98.8	99.4	99.0	95.5	20.4	88.1	90.7	12.96	87.2	90.7	84.3	96.3
Halland	65.7	99.3	99.3	100.0	97.5	49.3	89.1	96.9	29.41	80.0	80.0	80.0	100.0
Västra Götaland	61.9	95.5	97.2	97.7	96.6	32.3	79.5	94.8	8.18	93.2	89.9	92.0	99.3
Värmland	73.8	97.8	97.8	99.6	95.3	52.1	84.8	85.4	1.22	91.3	88.2	86.2	100.0
Örebro	65.4	98.7	99.1	99.6	98.0	19.6	84.2	93.8	5.66	85.2	87.9	88.8	93.3
Västmanland	68.8	97.9	97.9	100.0	99.2	27.7	89.1	95.2	8.93	100.0	84.6	89.4	90.9
Dalarna	65.2	97.6	98.0	99.2	98.0	20.3	83.7	95.5	7.81	100.0	95.0	96.9	100.0
Gävleborg	68.3	87.5	95.1	99.7	96.4	45.0	92.6	93.7	5.33	94.1	91.4	88.9	93.9
Västernorrland	71.6	95.5	97.1	99.3	96.7	49.7	92.2	92.5	13.73	60.0	94.7	80.2	93.3
Jämtland	65.1	89.3	99.2	100.0	99.1	38.0	80.0	92.7	0.00	100.0	80.0	96.7	100.0
Västerbotten	73.3	99.6	99.6	99.1	94.1	44.0	90.8	91.2	7.69	85.0	92.3	86.9	100.0
Norrbottnen	64.9	99.5	99.5	99.5	97.8	93.3	86.6	94.0	17.54	-	42.9	97.3	100.0
RIKET	64.7	97.7	98.7	99.1	97.0	34.2	87.0	92.4	16.28	90.1	89.1	90.5	97.0


”-” Resultat från grupper med färre än 5 fall redovisas ej separat.


Statistik från 2022 gäller för kirurgi- och omvårdnadsindikatorerna.

Statistik från 2021 gäller för onkologi-indikatorerna.

Målnivå (målnivåer för respektive tabell inom parentes nedan).

Set target levels within parenthesis below.

 När den högre målnivån/Reach the higher target level

 När den lägre målnivån/ Reach the lower target level

 När inte målnivåer / Do not reach any target level



## KOMMENTARER TILL TABELL

- 1. Screeningupptäckt bröstcancer bland kvinnor i åldrarna 40–74 år vid diagnos (70/60).**  
Sverige har traditionellt haft ett högt deltagande i mammografiscreeningen. Sedan 2012 har 2/3 av alla bröstcancerfall i åldersgruppen 40–74 år upptäckts via mammografiscreening, dock med lägre deltagande under Covid-pandemin. I två regioner nås inte uppsatta målnivåer.
- 2. Individuell vårdplan (Min Vårdplan) har upprättats i samråd med patienten. Bland alla anmälda fall (99/95).**  
En individuell vårdplan skall stödja och främja patientdelaktighet och öka tryggheten. I fyra regioner uppfylls inte den lägre målnivån.
- 3. Patienten har erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska. Bland alla anmälda fall (99/95).**  
Registerdata visar att 99% erbjuds en kontaktsjuksköterska, helt i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. I en region uppfylls inte den lägre målnivån.
- 4. Multidisciplinär konferens (MDK) inför behandlingsstart. Bland alla anmälda fall (99/90).**  
MDK säkrar patienten en allsidig bedömning och behandlingsrekommendation. Följsamheten till Socialstyrelsens riktlinjer är mycket hög, 99%.
- 5. Fastställd diagnos innan operation, bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/85).**  
Majoriteten av alla fall, 97 %, har diagnos klar innan operation och resultaten är stabila över tid och pekar på en effektiv utredningsprocess. På samtliga sjukhus nås den högre målnivån.
- 6. Välgrundad misstanke om cancer (före 2016 från första kontakt) till operation inom 28 dagar, bland primärt opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (80).**  
Standardiserat vårdförlopp infördes 2016 för att säkra utredning och vård i rimlig tid. I Riket har 34% av fallen en ledtid inom de rekommenderade 28 dagarna, vilket avspeglar nya, kvalitetshöjande men mer tidskrävande rutiner för diagnostik. Endast Kalmar och Norrbotten uppfyller målnivån. Resultaten bör tolkas med försiktighet då definitionen av start av vårdprocessen tolkas olika av olika vårdgivare.
- 7. Bröstbevarande operation vid små tumörer, bland primärt opererade fall med invasiv cancer ≤ 30 mm utan fjärrmetastaser vid diagnos (85/70).**  
Bröstbevarande kirurgi anses standard vid små tumörer. I Riket opereras 87% av fallen med små invasiva tumörer med bröstbevarande kirurgi, och i samtliga regioner nås den lägre målnivån. I 14 av 21 regioner nås också den högre målnivån.
- 8. Enbart en operation (ingen omoperation p.g.a. tumördata) i bröst, bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/80).**  
Ur ett patientperspektiv är det angeläget med få omoperationer. Kvaliteten på preoperativ utredning och utförd operation är hög vilket återspeglas i en stabilt låg andel omoperationer, trots en successivt ökande andel bröstbevarande kirurgi. I Riket utförs endast ett bröstingrepp i 92%. Tre regioner når inte den högre målnivån.

**9. Omedelbara rekonstruktioner, bland mastektomerade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (20/15).**

I nationella och internationella riktlinjer finns angivet att patienten bör erbjudas möjlighet till omedelbar rekonstruktion. I EUSOMAs riktlinjer anges att minst 40 % bör rekonstrueras samtidigt med en mastektomi. Målnivåerna i årsrapporten är anpassade efter svenska förhållanden. Den högre målnivån nås i tre regioner, och i ytterligare två regioner nås den lägre målnivån. År 2022 genomgick 16% omedelbar rekonstruktion i samband med mastektomi. Resultaten speglar ojämn tillgång på plastikkirurgisk kompetens och skiftande indikationer.

**10. Cytostatikabehandling, bland opererade ER- invasiva fall med större tumörer eller spridning till lymfkörtlar utan fjärrmetastaser vid diagnos” (90/80).**

I nationella vårdprogrammet för bröstcancer fastställs att ”både pre- och postmenopausala patienter där tumören har bristande endokrin känslighet, patienter med lymfkörtelnegativ bröstcancer med riskfaktorer och patienter med lymfkörtelpositiv bröstcancer bör rekommenderas behandling med kombinationscytostatika”. Här illustreras data för fall med tumörer definierade som ER-negativa. I Riket finns en god och ökande följsamhet till riktlinjerna där 90% av fallen erhåller behandling. I tre regioner uppfylls inte den lägre målnivån (observera få fall i vissa regioner).

**11. Strålbehandling efter mastektomi, bland invasiva fall med spridning till lymfkörtlarna och utan fjärrmetastaser vid diagnos (85/70).**

Nationella vårdprogrammet för bröstcancer rekommenderar lokoregional strålbehandling vid lymfkörtelpositiv bröstcancer (ej om endast mikrometastas). Undantag kan också vara aktuellt vid enbart en makrometastas och vid samsjuklighet. Skillnaderna i riket har minskat över tid. I tre regioner uppfylls inte den lägre målnivån (observera få fall i vissa regioner).

**12. Endokrin behandling, bland opererade ER+ invasiva fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/85).**

Nationella vårdprogrammet för bröstcancer rekommenderar att endokrin behandling erbjuds alla patienter med östrogenreceptorpositiv (ER+) bröstcancer. Vid mycket liten risk för återfall kan man överväga att avstå från endokrin behandling. I de fall där samsjuklighet föreligger får nyttan med endokrin behandling vägas mot övriga medicinska faktorer. Tio av 21 regioner uppfyller den högre målnivån som satts av EUSOMA, och ytterligare sex den lägre målnivån. Fem regioner når inte den lägre målnivån.

**13. Tillägg av anti-HER2-riktad behandling vid cytostatikabehandling, HER2 + invasiva fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (95/90).**

Användningen av antikroppsbehandling är etablerad i Sverige. I en region nås inte den lägre målnivån.

## COMMENTS TO TABLE

1. **Screening-detected breast cancer cases in women between 40-74 years at diagnosis (70/60).**

The compliance to the screening mammography program in Sweden is high. About two thirds of all new cases in ages 40-74 are screening-detected.

2. **An individual care plan (Min Vårdplan) was reached with the patient. Among all cases reported (99/95).**

An individual care plan aims to support and strengthen patient participation and enhance patient trust. Register data shows high compliance with set target levels.

3. **Patient was assigned to a named contact nurse, registered in the medical chart. Among all cases reported (99/95).**

The compliance is high, but one region does not meet the target levels set by the Board of Health and Welfare.

4. **Multidisciplinary team conference (MDK) before start of treatment. Among all cases reported (99/90).**

The MDT gathers team members to plan and agree on a recommended treatment specific to individual patient needs according to evidence based guidelines. The compliance is high.

5. **A confirmed cancer diagnosis preoperatively. Among operated cases without distant metastases at diagnosis (90/85).**

In 97 % of all cases, a confirmed cancer diagnosis is established before surgery. The results are stable over time. All 34 reporting units reach the higher set target level.

6. **Time from suspicion of breast cancer to operation within 28 days (before 2016 time from first appointment of care). Among operated cases without distant metastases at diagnosis (80).**

The standardized care process was introduced in 2016 to secure diagnostics and treatment start in a timely fashion. On a national level only 34 % of cases receive surgery within the recommended 28 days, which reflects quality-improving changes in the diagnostic process. Results should however be interpreted with caution as the definition of “start of the care process” differs between different regions and care givers.

7. **Breast conservation in invasive breast cancer <30 mm. Among cases without distant metastases at diagnosis (85/70).**

Fourteen of 21 counties reach the higher target level, and all reach the lower target level indicating adherence to guidelines.

8. **One breast operation only (no reoperation due to tumor data). Among cases without distant metastases at diagnosis (90/80).**

From the patient perspective the rate of reoperations should be kept low. The low rate of reoperation (8%) due to tumor data reflects a high quality of the preoperative work up.

9. **Immediate breast reconstructions. Among mastectomy cases without distant metastases at diagnosis (20/15).**

According to national and international guidelines women should be offered this possibility. The current outcome data indicate large regional variations most probably due to lack of competence in reconstructive skills. Target levels are set by the medical profession. According to EUSOMA guidelines at least 40 % of mastectomies should be offered immediate reconstruction at the time of mastectomy. In 2022, were 16 % of cases with invasive cancer and 39 % of cases with non-invasive cancer operated with immediate breast reconstruction.

10. **Chemotherapy, pre- and postoperative, in cases with estrogen receptor negative larger tumors and/or lymph node metastases but without distant metastases at diagnosis (90/80).**

The national guidelines state that cases with estrogen negative tumors (or other risk factors based on grade, subtype, proliferation) with or without involvement of the axillary lymph nodes should be offered combined chemotherapy. Nationally, there is a good adherence to guidelines where 90% of defined cases receive chemotherapy. Regional differences still prevail.

11. **Postmastectomy radiotherapy among invasive breast cancer cases with lymph node metastases but without distant metastases at diagnosis (85/70).**

National guidelines recommend radiotherapy in lymph node positive cases e.g. with macrometastases. Comorbidity may preclude patients from radiotherapy. Regional differences have diminished over time, and target levels are reached in 18/21 regions.

12. **Endocrine therapy among operated cases with estrogen hormone receptor positive invasive tumors without distant metastases at diagnosis (90/85).**

According to national guidelines endocrine therapy should be offered to all cases with estrogen positive (ER+) breast cancer. Deferral from guidelines can be done in cases with very low risk of recurrence and if comorbidity is suggestive of an elevated risk or disadvantage to the patient. Sixteen of 21 regions reach the lower target level set by EUSOMA, and ten also the higher target level.

13. **Antibody therapy among operated cases, with chemotherapy and HER2-positive invasive tumors without distant metastases at diagnosis (95/90).**

Anti-Her2-therapy is well established in Sweden. The higher target level is met nationally but small regional differences remain.

## ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR

**Adjuvant behandling** – Förebyggande medicinsk efterbehandling i form av strålning, cytostatika, endokrin och/eller antikroppsbehandling. Sköts vanligen av onkologiska kliniker baserat på nationella eller regionala riktlinjer.

**Axill** – Armhåla.

**Bröstbevarande operation** – Endast en del av bröstet tas bort i samband med canceroperationen. Lämplig metod vid små och medelstora tumörer. Följs som regel av strålbehandling mot kvarvarande bröst.

**Bröstrekonstruktion** – Återskapande av en bröstform efter mastektomi med eller utan sparande av bröstvårta/vårtgård.

**Cancer in situ (CIS) – Duktal cancer in situ (DCIS)** – Förstadium till bröstcancer där cancercellerna ligger inuti bröstets utförsgångar och körtlar. Kan inte orsaka spridning, det vill säga, ge upphov till metastaser.

**Cytostatika** – Läkemedel som direkt kan döda cancerceller. Är mest verksamt på snabbväxande celler och innebär nästan alltid biverkningar på friska organ.

**Endokrin behandling** – Ges i princip till alla patienter med ER-positiv och/eller PgR-positiv bröstcancer. Består av hormonblockerande substanser, till exempel tamoxifen och aromatashämmare. Ges oftast under fem till tio år.

**ER** – Östrogenreceptor. De flesta bröstcancrar uttrycker östrogenreceptorer och kallas då östrogenreceptorpositiva (ER+), vilket betyder att de är mottagliga för östrogen som stimulerar cellerna till att växa. Antiöstrogen behandling = endokrin behandling, rekommenderas vid ER-positiva tumörer. Om tumören saknar receptorer för östrogen har denna behandling ingen effekt.

**EUSOMA** – European Society of Breast Cancer Specialists, definierar standards för bröstsjukdomars utredning och behandling. I denna europeiska samarbetsorganisation för bröstcancer ingår både profession och patientföreningar (<http://www.eusoma.org/>).

**HER2** – HER2 (Human Epidermal Growth Factor receptor 2) är en gen som normalt finns i alla celler i kroppen och som kontrollerar cellväxt och cellreparation. HER2-positiva tumörer har många kopior av HER2-genen (amplifiering) vilket leder till en kraftig ökning av antalet HER2-receptorer på cellytan. Detta i sin tur stimulerar till snabb cancertillväxt. HER2-positiva tumörer är känsliga för behandlingar mot HER2-receptorn i form av antikroppar eller tyrosinkinashämmare.

**INCA** – Informationsnätverk för Cancervården.

**Invasiv cancer** – Cancercellerna infiltrerar i bröstkörtelns stödjevävnad och kan sprida sig via lymfa eller blodbanan till andra organ.

**Ki67** – Markör för cellproliferation. I cancer med högt Ki67 delar sig cellerna oftare och tumören är mer snabbväxande. Omvänt, lågt Ki67 innebär en mer långsamväxande cancer.

**Luminal A + B** – Tumörer som uttrycker östrogenreceptorer (ER) och/eller progesteronreceptorer (PgR), det vill säga, är ER-positiva och/eller PgR-positiva kallas luminala.

**NICE** – The National Institute for Health and Care Excellence publicerar råd och riktlinjer för att förbättra hälsa och social välfärd i England.

**Mammografiscreening** – Allmänt program i den offentliga vården, där kvinnor med regelbundna intervall kallas till mammografi för tidig upptäckt av bröstcancer. Socialstyrelsen rekommenderar att alla kvinnor mellan 40–74 år bjuds in till screeningprogrammet.

**Mastektomi** – En operation där hela bröstet tas bort. Om samtidig bröstrekonstruktion utförs sparas mer hud och ibland även bröstvårta och vårtgård.

**MDK** – Multidisciplinära konferenser före och efter behandling av bröstcancer där specialister från flera olika discipliner närvarar och tillsammans ger rekommendation om behandling.

**Målnivåer** – Relaterar till nationella och internationella riktlinjer för bröstcancervården. Illustreras med färg i tabellerna med procentnivåerna hög respektive låg.

**PgR** – Progesteronreceptor. De flesta bröstcancrar uttrycker progesteronreceptorer tillsammans med östrogenreceptorer. Endokrin behandling med olika former av antiöstrogena substanser rekommenderas vid PgR-positiva tumörer. Om tumören saknar receptorer för både progesteron och östrogen saknar endokrin behandling effekt.

**PROM** – Patient Reported Outcome Measures. Patientrapporterade utfallsmått är patientens skattningar av hur de själva i samband med sjukdom bedömer sina symtom, funktion och livskvalitet.

**RCC** – Regionalt cancercentrum (<http://www.cancercentrum.se/samverkan/>).

**Sentinel node operation** – Vid denna operation identifieras den första lymfkörteln ("portvaktskörteln") som tar emot lymfflödet från bröstet. Påvisande av cancerceller i 1–4 lymfkörtlar leder antingen till borttagande av fler lymfkörtlar och/eller adjuvant behandling. Om körteln är fri från cancer undviks borttagande av friska lymfkörtlar, vilket minskar risken för armbesvär till exempel i form av armsvullnad.

**SFFB** – Svensk Förening för Bröstkirurgi (<http://sffb.se/wp/>).

**SVF** – Standardiserat vårdförlopp är ett led i den statliga satsningen på kortare väntetider i cancervården. SVF innebär att vården ska följa ett definierat schema för att vara så effektivt som möjligt.

**Subtyper** – Invasiv bröstcancer kan indelas i grupper (subtyper) efter sina biologiska egenskaper. Baserat på genetiska analyser (genuttrycksanalyser) delas bröstcancer vanligen in i subtyperna Luminal A, Luminal B, HER2-rik och basallik. Inom rutinsjukvården används immunohistokemiska analyser för denna indelning då genuttrycksanalyser ännu ej är en standardmetod. Vid immunohistokemisk metod benämns subtyperna: Luminal A-lik, Luminal B-lik HER2-negativ, Luminal B-lik HER2-positiv, HER2-positiv och trippelnegativ. Vanligen används begreppen Luminal A, Luminal B, HER2-positiv och trippelnegativ, där HER2-positiv

omfattar alla tumörer som överuttrycker HER2. Överensstämmelse mellan genuttrycksanalysen och analysen med immunohistokemi är hög, dock inte 100 %. Den svåraste avgränsningen är mellan Luminal A och Luminal B, där man inom rutinsjukvård idag i första hand använder tumörgrad och Ki67 som hjälp. Tumörerna inom varje subtyp har likartad prognos och är känsliga för likartade typer av behandling. Med subtypsbestämning kan behandlingsnyttan med onkologisk behandling säkrare bedömas.

**TNM** – Är ett system för stadiindelning av cancer, som försöker klarlägga utbredningen av patientens tumörsjukdom. Parametern T relaterar till storlek och utbredning av primärtumören, N till utbredning i regionala lymfkörtlar och M till förekomst av fjärrmetastaser.

**Tumörgrad** (histologisk grad) – Indelning av bröstcancer i tre grader baserat på vävnadsanalys, där grad 1 (G1) är den som är mest lik normal bröstvävnad och grad 3 (G3) är den som är mest förändrad, atypisk.

**Trippelnegativ** – En cancer som saknar östrogenreceptorer (ER) och progesteronreceptorer (PgR) och inte överuttrycker HER2. Den är varken hormonkänslig eller känslig för behandling riktad mot HER2-receptorn.

## REFERENSER

Referenser till skrifter/publikationer som använt data från kvalitetsregistret för Bröstcancer kan hittas på

<http://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/dokument/>





Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)