

Meðferðarheldni sem klínísk áskorun í læknanlegri meðferð brjóstakrabbameina

Innkirtlameðferð í 5–10 ár, eftir áhættu, er einn af hornsteinum læknanlegrar eftirmeðferðar í kjölfar skurðaðgerðar vegna staðbundins hormónajákvæðs brjóstakrabbameins. Ávinningur slíkrar meðferðar hefur verið staðfestur í stórum slembiröðuðum rannsóknum og safngreiningum sem sýna marktæka lækku á bæði endurkomu sjúkdóms og dánartíðni.¹

Ný rannsókn á meðferðarheldni innkirtlameðferðar við brjóstakrabbameini á Íslandi veitir mikilvægar innlendar upplýsingar um langtímaeftirmeðferð sem hingað til hefur lítið verið rannsökuð í íslensku samhengi. Rannsóknin sýnir að 27% sjúklinga voru ekki meðferðarheldnir yfir 5 ára tímabil. Það er í samræmi við erlendar niðurstöður sem hafa sýnt að 20–50% sjúklinga hætta innkirtlameðferð fyrr en áætlað var eða taka lyfin óreglulega.² Snemmbúin og ófullkomin innkirtlameðferð hefur verið tengd hærri endurkomutíðni brjóstakrabbameina og hærri dánartíðni, sem undirstrikar mikilvægi þess að vaka yfir meðferðarheldni þessara sjúklinga.³

Styrkur rannsóknarinnar felst í lýðgrunduðni sniði hennar og notkun miðlægra íslenskra gagnagrunna. Það gefur heildstæða mynd af meðferðarmynstri, dregur úr valbjögun og endurspeglar klínískan raunveruleika fremur en kjöraðstæður innan slembirannsóknar. Þess verður þó að geta að rannsóknin er afturskyggn og byggir að hluta á gagnagrunnum sem upphaflega voru ekki ætlaðir til klínískra rannsókna og veita ekki upplýsingar um breytur sem skýra meðferðarval og ástæður þess að meðferð var breytt eða hætt. Þá má nefna að skilgreining meðferðarheldni er byggð á lyfjaútleysingum en ekki staðfestri lyfjatöku, en sú aðferð mælir fyrst og fremst aðgengi að lyfi en ekki raunverulega notkun þess og getur ofmetið því iðulega meðferðarheldni.

Rannsóknin sýnir marktækt betri sjúkdómsfría lifun og heildarlifun meðal þeirra sem eru meðferðarheldnir í samanburði við þá sem eru það ekki.² Hér er þó mikilvægt að hafa í huga að ýmsar utanaðkomandi breytur geta skekkt niðurstöðurnar og því er ekki unnt að fullyrða neitt um orsakasamband án frekari greiningar á gögnunum. Þekkt er að félagsleg og efnahagsleg staða, heilsuvitund, fjöldi fylgisjúkdóma, önnur lyf, meðferðarsamband og áhættustig sjúkdóms hafi áhrif á meðferðarheldni, eins og höfundar benda réttilega á. Áhugavert er að sjúklingar sem fengu frumudrepani lyfjameðferð voru líklegri til að vera meðferðarheldnir, en það gæti endurspeglað bæði hærri áhættu, tíðara eftirlit og sterkara meðferðarsamband

Einnig er vert að benda á að meðferðarheldni

var metin meiri hjá þeim sem hófu meðferð með arómatasahefnum en tamoxifen. Það er óvænt þar sem arómatasahefmlar valda oft slæmum stíðleika og stoðkerfisverkjum sem leiða iðulega til breytingar á meðferð. Þessi munur gæti endurspeglad valbjögun á grundvelli undirliggjandi áhættu, tíðahvarfa og sterkara meðferðarsambands, fremur en raunverulegan mun á þoli og meðferðarupplifun, sem aftur undirstrikar takmarkanir afturskyggnar rannsóknar. Arómatasahefmlar eru almennt ekki auðveldari eða öruggari meðferð en tamoxifen.

Ofangreint bendir til þess að meðferðarheldni sé ekki einfaldlega persónubundinn eiginleiki sjúklings heldur mjög háð því hvernig við stýrum þessari meðferð og fylgjum henni eftir. Þegar fjórðungur sjúklinga fær ófullkomna innkirtlameðferð eftir brjóstakrabbamein undirstrikar það mikilvægi þess að við sem veitum meðferðina bætum þjónustu okkar við þennan sjúklingahóp. Það þarf tölurverða lagni, alúð og þolinmæði til að stýra slíkri langtímainnkirtlameðferð þannig að vel fari. Slíkt krefst bæði þekkingar, reynslu, einstaklingsmiðaðrar nálgunar sem og tíma og skipulags sem leyfir slíka þjónustu. Þessum sjúklingahópi þarf að veita marktæka eftirfylgni, góða fræðslu, einkennamiðaða nálgun aukaverkana og skjót viðbrögð þegar lyfjaútleysingar gefa til kynna vanda.

Góð eftirfylgni er ekki síst mikilvæg núna þegar farið er að bæta við nýjum markvissum lyfjum við innkirtlameðferðina hjá konum með hááhættu brjóstakrabbamein. Slík lyf, eins og til dæmis CDK 4/6 hemlar,⁴ eru bæði dýr og vandmeðfarin þar sem þau þyngja eftirmeðferð brjóstakrabbameina verulega, sem svo aftur eykur hættu á ófullkominni meðferð. Það er því ekki sjálfsgagt að útvista eftirliti og eftirmeðferð þessara sjúklinga til annarra heilbrigðisstétta eða treysta um of á stafrænar lausnir þó að þær megi nýta til stuðnings og vöktunar.

Heimildir

1. Braybrooke J, Bradley R, Hills R et al. Extending the duration of endocrine treatment for early breast cancer: patient-level meta-analysis of 12 randomised trials of aromatase inhibitors in 22 031 postmenopausal women already treated with at least 5 years of endocrine therapy. *The Lancet*. 2021;406:603-614.
2. Halldórs Helgadóttir GE, Valdimarsdóttir AS, Finnsdóttir SK, Lund SH, Haraldsdóttir S, Bjarnadóttir ÓK. Meðferðarheldni innkirtlameðferðar í brjóstakrabbameini greint á Íslandi 2013-2018. *Læknablaðið*. 2026;112.
3. Chamalidou C, Nasic S, Linderholm B. Compliance to adjuvant endocrine therapy and survival in breast cancer patients. *CTARC*. 35:100704.
4. O'Meara T, Burstein H. Long-term outcomes with adjuvant CDK4/6 inhibitors: who benefits most? *Annals of Oncology*. 2025;37:133-135.



Helgi Hafsteinn Helgason
Sérfræðingur í lyflækningum,
lyflækningum krabbameina og
klínískri lyfjafræði.

„Snemmbúin stöðvun eða ófullnægjandi notkun innkirtlameðferðar hefur verið tengd aukinni hættu á endurkomu brjóstakrabbameins og hækkun dánartíðni.“

Treatment adherence as a clinical challenge in the curative treatment of breast cancer.

Helgi Hafsteinn Helgason
Specialist in internal medicine, medical oncology and clinical pharmacology

doi 10.17992/ibl.2026.0708.898