

Många förskrivare har frågor kring bruk av hormonella preventivmedelsmetoder i relation till bröstcancerrisk.

Rekommendationer från olika instanser/myndigheter i Sverige och andra delar av världen ger delvis motstridiga råd. På grund av detta har FARG i samarbete med Ton-ARG skrivit detta dokument som kan tjäna som vägledning.

Dokumentet har sammanställts av Jan Brynhildsen (FARG), Kristina Gemzell Danielsson (FARG), Lena Marions (Ton-ARG) och Bo von Schoultz

## **Angående förskrivning av hormonella preventivmedel till kvinnor med stark ärftlighet för bröstcancer**

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen som drabbar kvinnor. Livstidsrisken har angivits till 8-10%. Således har en stor andel unga kvinnor någon släkting som drabbats av bröstcancer. Då såväl bruk av kombinerade p-piller som hormonbehandling i klimakteriet har visats kunna öka risken för bröstcancer medför detta i många fall en stor oro hos unga kvinnor som använder hormonella preventivmedel, speciellt hos den grupp som har nära släktingar som drabbats.

### **Risk för bröstcancer och bruk av hormonella preventivmedel**

1996 publicerades en stor reanalys av 54 studier avseende ett ev samband mellan bruk av kombinerade p-piller och risken för bröstcancer. En relativ risk på 1.24 under pågående bruk kunde fastslås. Risken för unga, under 20 år, beskrevs som något högre, 1,59. Nya studier har tillkommit sedan dess men inget som i väsentlighet ändrar bilden.

Detta är relativa riskmått och den absoluta risken för en ung kvinna att drabbas av bröstcancer är mycket liten. Detta innebär i realiteten mkt få extra fall och denna risk är inget man behöver ta hänsyn till i rådgivningssituationen.

Detta kan betraktas som okontroversiellt och stöds av flertalet rekommendationer, bla det svenska läkemedelsverkets.

### **Kvinnor med stark ärftlighet**

Läkemedelsverket definierade 2006 "Stark ärftlighet" såsom .

- Mor/syster som är bärare av känd genmutation som kan medföra en ökad risk för bröstcancer.
- Mor som insjuknat i premenopausal bröstcancer (före 45 års ålder)
- En syster/flera systrar som insjuknat i premenopausal bröstcancer (före 45 års ålder).

I dessa fall rekommenderar Läkemedelsverket att man bör avstå från **all** hormonell antikonception, alltså även gestagena metoder. American College of Obstetricians and Gynecology (ACOG) anger tvärtom att kombinerade p-piller är särskilt indicerade för denna grupp av kvinnor.

Data avseende den eventuellt ökade risken för bröstcancer, alltså risk **utöver** den genetiska risken, för denna grupp kvinnor med samtidigt bruk av hormonell antikonception är delvis motsägelsefulla. Vissa studier har visat på en ökad risk medan andra påvisar en skyddseffekt. Det Svenska Läkemedelsverket har i sina rekommendationer valt en försiktig linje i brist på entydiga resultat.

Kvinnor med känd mutation (BRCA1 och BRCA2) har en markant ökad risk att drabbas av bröstcancer, men också av ovarialcancer. Bruk av kombinerade p-piller innebär en

dokumenterad skyddseffekt avseende ovarialcancer vilket de svenska och engelska rekommendationerna inte tar hänsyn till, men väl de amerikanska rekommendationerna och WHO. *Nettoeffekten av p-pillerbruk för denna grupp kan alltså mycket väl vara gynnsam med tanke på skyddseffekten avseende ovarialcancer.*

## Sammanfattning

- Kvinnor med känd mutation (BRCA1 eller BRCA2) löper en kraftigt ökad risk att drabbas av bröstcancer
- Kvinnor med stark ärftlighet men utan påvisad mutation kan löpa en ökad risk att drabbas av bröstcancer.
- Kunskapsläget avseende bröstcancerrisken, utöver den genetiska risken, med hormonell antikonception till kvinnor med stark ärftlighet är oklart. Inget talar entydigt för påtagligt ökad risk men inte heller finns någon säkert påvisad skyddseffekt.
- Kvinnor med känd mutation (BRCA1 & BRCA2) har en ökad risk också för ovarialcancer där p-pillerbruk har en dokumenterad skyddseffekt.

## FARGs bedömning

FARG anser inte att dagens kunskapsläge innebär att man bör avråda kvinnor med stark ärftlighet, eller känd mutationsbärare, från att använda hormonell antikonception. Tvärtom kan nettoeffekten för denna grupp mycket väl vara gynnsam med tanke på den väl dokumenterade skyddseffekten av kombinerade p-piller avseende ovarialcancer.

Dock är det av yttersta vikt att dessa kvinnor får en korrekt och noggrann information. Denna skall ges av gynekolog som är väl insatt i problematiken. Det är alltid kvinnan som i dessa fall avgör om hon vill använda metoden eller ej.

Om en välinformerad kvinna med stark ärftlighet för bröstcancer önskar använda hormonell antikonception ser FARG inte några hinder för detta!!

Vi vill också samtidigt understryka att:

- kvinnor som *själva* haft bröstcancer *inte* skall använda hormonell antikonception
- kvinnor med stark ärftlighet, där eventuella oklarheter råder, kan stå kvar på sin hormonella metod i väntan på adekvat information (ex. när barnmorska hänvisar till gynekolog). Det finns inga skäl att "panikutsätta" hormonella preventivmedel. Behovet av effektiv antikonception måste hela tiden beaktas.

## Referenser

1. Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and oral contraceptives. Collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet 1996; 347:1713-27
2. Antikonception – Behandlingsrekommendation. Läkemedelsverket 7:2005.
3. Use of Hormonal Contraception in women with coexisting medical conditions. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 73. Obstet Gynecol 2006;107;1453-1474.

4. Hannaford PC, Selvaraj S, Elliot AM, Angus V, Iversen L, Lee AJ. Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of general practitioner's oral contraception study. *BMJ* 2007;335:651

5. Vessey M, Painter R. Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968-2004. *Br J Cancer* 2006;95:385-9

6. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, Hannaford PC, Skouby SO, Zikan M, Dusek L. Hormonal contraception and risk of cancer. *Hum Reprod Update* 2010;16:631-50.

7. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use WHO, Fourth Edition, 2009, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf)

8. Eligibility Criteria For Contraceptive Use. Faculty of family planning and reproductive Health, RCOG, 2009, <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/UKMEC2009.pdf>

För ytterligare referenser hänvisas till

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf), ref no 298-321