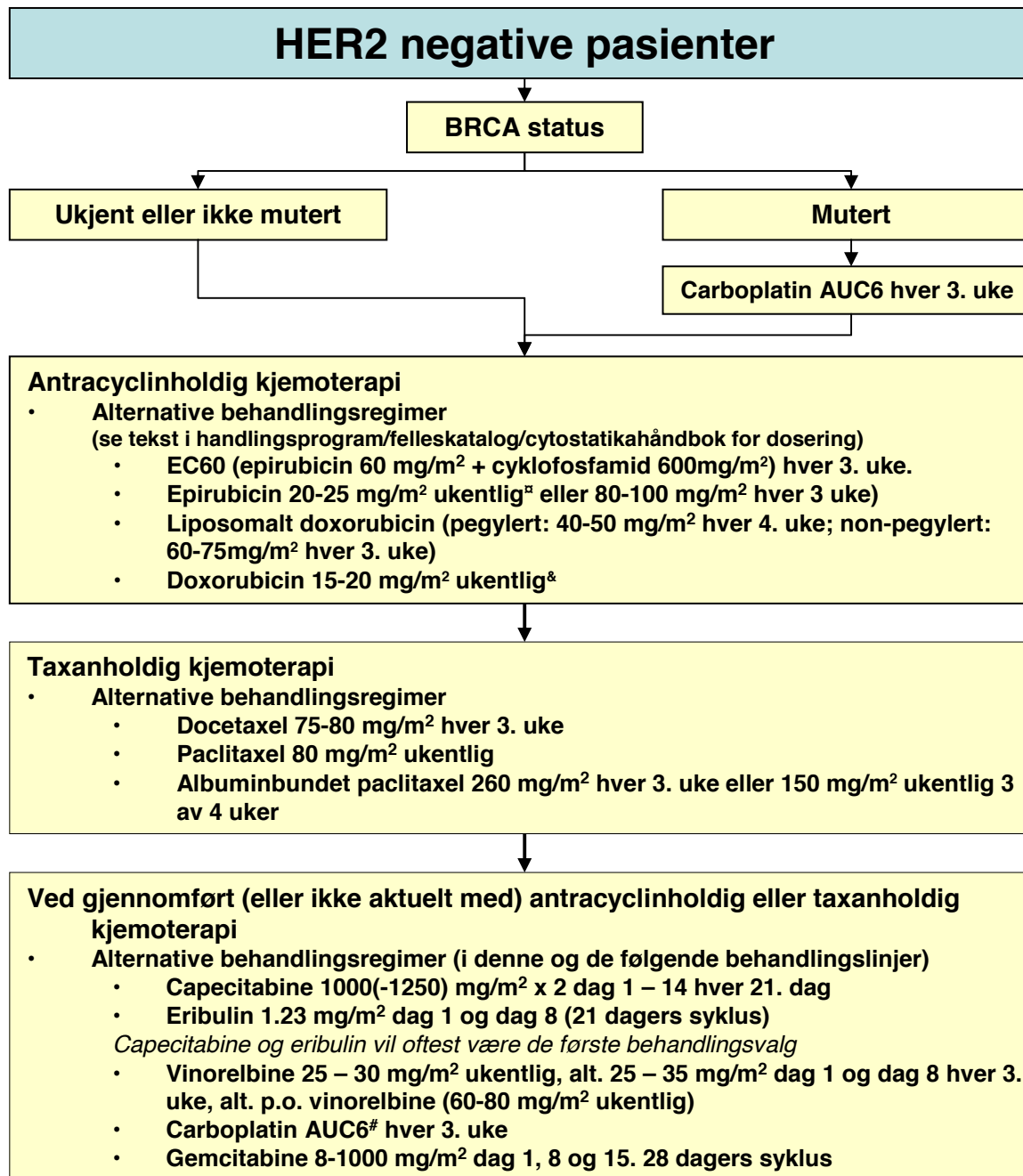


## Generelle regler:

- Hvis antracycliner er gitt adjuvant for < 24 mnd siden, anbefales ikke bruk av antracycliner på ny
- Hvis både antracycliner og taxaner er gitt i adjuvant for < 24 mnd siden, anbefales oftest ikke bruk av antracycliner eller taxaner på ny



\*Cytostatikabehandling er aktuell som behandling av metastatisk brystkreft når tumor er østrogenreseptor negativ og progesteronreseptor negativ. Hvis tumor initialt er hormonreseptor positiv, er cytostatikabehandling aktuell etter at endokrine regimer ikke lenger har effekt. Indikasjon for kjemoterapi må vurderes nøye, spesielt etter at flere cytostatikum er forsøkt. Antall behandlingslinjer kan derfor variere.  
<sup>‡</sup>Epirubicin anvendes også i fiksert dose 40 mg ukentlig  
<sup>‡</sup>Doxorubicin anvendes også i fiksert dose 20 mg ukentlig  
<sup>#</sup>ved trippel negativ brystkreft som ikke er BRCA mutert/ukjent (ved BRCA mutasjon bør carboplatin-inneholdende kjemoterapi primært benyttes i 1. linje)

**Generelle regler:**

- Hvis antracycliner er gitt i adjuvant for < 24 mnd siden, anbefales vanligvis ikke bruk av antracycliner på ny
- Hvis både antracycliner og taxaner er gitt i adjuvant for < 24 mnd siden, anbefales oftest ikke bruk av antracycliner eller taxaner påny

<sup>1</sup>s.c. 600 mg fiksert dose hver 3. uke eller i.v. 8 mg/kg loading dose etterfulgt av 6 mg/kg hver 3. uke

<sup>2</sup>i.v. 840 mg fiksert dose etterfulgt av 420 mg hver 3. uke

\*Cytostatikabehandling er aktuell som behandling av metastatisk brystkreft når tumor er østrogenreseptor negativ og progesteronreseptor negativ. Hvis tumor initialt er hormonreseptor positiv, er cytostatikabehandling aktuell etter at endokrine regimer ikke lenger har effekt. Indikasjon for kjemoterapi må vurderes nøye, spesielt etter at flere cytostatikum er forsøkt. Antall behandlingslinjer kan derfor variere.

<sup>#</sup>Trastuzumab (dosering se <sup>1</sup> + lapatinib oppfattes å ha mindre effekt enn kjemoterapi + HER2-rettet behandling. Kombinasjonen er spesielt aktuelt ved langsomt utviklende sykdom og/eller manglende toleranse for kjemoterapi pga. komorbiditet.

**HER2 positive pasienter****HER2-rettet terapi + kjemoterapi (1. linje)**

- Primært bør vurderes å benytte:
  - Docetaxel (75 mg/m<sup>2</sup> hver 3. uke; alternativt paclitaxel 80 mg/m<sup>2</sup> hver uke) + trastuzumab<sup>1</sup> + pertuzumab<sup>2</sup> hver 3. uke
- Alternative behandlingsregimer:
  - Docetaxel (75 mg/m<sup>2</sup> hver 3. uke) + trastuzumab<sup>1</sup> hver 3. uke
  - Paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup>) ukentlig + trastuzumab<sup>1</sup> hver 3. uke
  - Vinorelbine 30-35 mg/m<sup>2</sup> dag 1+dag 8 hver 3. uke + trastuzumab<sup>1</sup> hver 3. uke

**HER2-rettet terapi + kjemoterapi (2. linje og senere)**

- Primært bør vurderes å benytte:
  - T-DM1 (3.6 mg/kg) hver 3. uke
- Alternative behandlingsregimer
  - Capecitabine p.o. 1000 mg/m<sup>2</sup> x 2 d1–14 (21d syklus) + lapatinib p.o. 1250 mg x 1 daglig.
  - Ett av de regimer (taxan eller vinorelbine i kombinasjon med trastuzumab) som ikke ble benyttet i 1. linje
  - Capecitabine p.o. 1000 mg/m<sup>2</sup> x 2 d1–14 (21d syklus) i kombinasjon med trastuzumab<sup>1</sup>
  - Trastuzumab<sup>1</sup> + lapatinib p.o. 1250 mg x 1 daglig<sup>#</sup>

**Antracyclinholdig kjemoterapi etter at HER2 rettet behandling ikke lenger gir effekt**

- Liposomt doxorubicin (pegylert: 40-50 mg/m<sup>2</sup> hver 4. uke; non-pegylert: 60-75mg/m<sup>2</sup> hver 3. uke)

Ved grunnlag for videre kjemoterapi følges behandlingsvalg for HER2 negative pasienter som ikke har vært del av tidligere behandling for pasienten