

Nytt fra NBCG 1. september 2014

De viktigste nyhetene fra NBCGs styringsgruppemøte den 12.06.14 av betydning for behandling og oppfølging av brystkreftpasienter følger her (se referatet for ytterligere opplysninger; Handlingsprogrammet vil justeres i løpet av høsten):

1. Gynekologiske kontroller i forbindelse med tamoxifen behandling. Amerikansk gynekologforening har oppdaterte anbefalinger fra 2014 som NBCG og NFGO støtter (<https://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Gynecologic%20Practice/co601.pdf?dmc=1&ts=20140628T0809550147>). Anbefalingene har grunnlag i at det ikke er påvist økt risiko for endometriecancer ved bruk av tamoxifen hos premenopausale, kun hos postmenopausale. De viktigste momenter i denne anbefaling inkluderes i vårt handlingsprogram på følgende måte:

Klinikere bør informere kvinner som tar tamoxifen om risikoen for endometrieproliferasjon, endometriehyperplasi og livmorkreft ved postmenopausal status. Rutinemessig gynekologisk undersøkelse med ultralyd er ikke nødvendig hos kvinner uten gynekologiske symptomer. Ved unormal vaginal blødning, blodig utflod (og lignende) bør pasienten henvises til gynekolog.

2. Mulighet for å utelate aksilledisseksjon ved SN positivitet. I tråd med ASCO guidelines er det enighet om å utvide indikasjonen for å utelate aksilledisseksjon ved positiv SN diagnostikk til **alle** pasienter som oppfyller kriteriene i den opprinnelige Z0011 studien: brystbevarende kirurgi, 1 eller 2 positive SN, ingen ekstranodal vekst, ekstern bestråling mot hele brystet planlagt, ikke preoperativ systemisk behandling (jfr ASCO guidelines: Lyman et al, JCO March 24, 2014).
3. Behandling og kontroll av papillomer. Det anbefales å fjerne alle papillære lesjoner som er diagnostisert ved grovnålsbiopsi. Kontroll etter påvisning og behandling av multiple papillomer: årlig mammografi til 50 års alder. Kvinnene bør deretter oppfordres til å møte i det offentlige screeningprogrammet fra 50-70 år. Det er ikke indisert med videre kontroller etter fylte 70 år. Det er ikke behov for kliniske kontroller.
4. Profylaktisk mastektomi og kontroll før inngrep ved BRCA mutasjonsbæretilstand. Det er enighet om at mammografi/MR bør gjøres innen 6 mnd før inngrepet finner sted.
5. Adjuvant systemisk behandling:
 - o Endring i retningslinjene for bruk av G-CSF. I tråd med EORTC retningslinjene for bruk av G-CSF er det enighet om gi G-CSF som primærprofylakse ved bruk av adjuvant behandling som gir minst 20% risiko for febrile neutropenier (dvs FEC100, docetaxel), ut over dette etter individuell medisinsk vurdering av risiko for febrile neutropenier. Våre retningslinjer for sekundærprofylakse og bruk for å opprettholde doseintensitet, forblir uendret.
 - o Endokrin behandling (ut over 5 år). Følgende anbefaling vil være gjeldende: *Kvinner med hormonreseptor positiv brystkreftsykdom og som er pre- eller perimenopausal bør tilbys:*
 - A: Tamoxifen for en startperiode på 5 år.
 - B: Etter 5 år, bør kvinnene motta tilleggsbehandling basert på menopausal status på følgende måte:
 - Hvis kvinnen på det tidspunktet er pre- eller perimenopausal eller har ukjent menopausal status eller det ikke kan bestemmes, bør kvinnen fortsette med tamoxifen i ytterligere 5 år.
 - Hvis kvinnen er sikkert postmenopausal, bør kvinnen tilbys skifte til aromatasehemmer i 5 år, subsidiært fortsette med tamoxifen i ytterligere 5 år.*Pasienter som har benyttet tamoxifen i mindre enn 5 år og som er vurdert å være postmenopausal kan skifte til aromatasehemmer i 5 år på et tidligere tidspunkt.*

Grunnlaget for endokrin behandlingstid ut over 5 år vil kunne påvirkes av tolerabilitet/sannsynlig absolutt nytteverdi.

Hos postmenopausale kvinner med hormonreseptor positiv brystkreftsykdom anbefales følgende:

- Aromatasehemmer i 5 år,
- Aromatasehemmer i 2-3 år etterfulgt av tamoxifen i 2-3 år (5 års behandlingstid), eller
- Der det er besluttet å oppstarte tamoxifen primært (av medisinske eller pasientrelaterte årsaker): *Tamoxifen i 2-5 år etterfulgt av AI i 5 år (grunnlaget for endokrin behandlingstid ut over 5 år vil kunne påvirkes av tolerabilitet/sannsynlig absolutt nytteverdi).*
- Der det er besluttet å oppstarte tamoxifen primært og AI ikke er ønsket benyttet: tamoxifen i 10 år (*grunnlaget for endokrin behandlingstid ut over 5 år vil kunne påvirkes av tolerabilitet/sannsynlig absolutt nytteverdi).*
- Der det er startet opp AI men det på grunn av medisinske eller pasientrelaterte årsaker er skiftet til tamoxifen før 2 års behandling med AI er gjennomført: tamoxifen til totalt 10 års endokrin behandlingstid (*grunnlaget for endokrin behandlingstid ut over 5 år vil kunne påvirkes av tolerabilitet/sannsynlig absolutt nytteverdi).*

6. Metastatisk brystkreft - HER2-rettet behandling

Handlingsprogrammet vil justeres på følgende måte:

Pertuzumab + trastuzumab + taxan (som allerede er nevnt som behandlingsopsjon i våre retningslinjer) vil tydeligere presenteres som en anbefalt 1. linjes behandling, ved siden av andre behandlingsopsjoner.

I 2. linjes behandling anbefales bruk av T-DM1, da dokumentasjonen er god for nytteverdi. Den legges inn i anbefalingene, men hvor også andre 2. linjes behandlingsopsjoner vil være mulige (som tidligere).

7. Retningslinjer for bruk av benresorpsjonshemmere ved metastatisk brystkreft.

Hvis det foreligger osteolytiske metastaser, med eller uten ledsagende smerter, vil behandling med bisfosfonater eller denosumab være en aktuell tilleggsbehandling til endokrin behandling eller behandling med cytostatika, i henhold til følgende:

Bruk av benresorpsjonshemmere anbefales der det er skjelettmetastaser med destruksjon (osteolyse/destruksjon). Hos pasienter med én eller noen få skjelettlæsjoner, og der brystkreftsykdommen oppfattes å kunne respondere godt på endokrin behandling, kan det etter individuell vurdering velges å starte endokrin terapi alene uten benresorpsjonshemmer, for å avvente behandlingseffekt.

Behandlingslengde med benresorpsjonshemmer vurderes ut i fra klinisk skjønn.

Dose og administrasjonsmåte ved bruk av zoledronsyre: Zoledronat 4 mg i.v. hver 3-4 uke initialt. Basert på resultater presentert på ASCO2014, kan zoledronsyre etter 1 år gis hver 3 mnd i stedet for hver 3-4 uke. Dette da resultatene ikke viste forskjell mellom zoledronsyre hver 4. uke og hver 3 mnd (etter initial behandling med zoledronsyre hver 4. uke i 12 mnd).

8. Mammografiundersøkelse før benign brystkirurgi.

Vi inkluderer i handlingsprogrammet i tråd med følgende:

Før reduksjon/løft eller forstørrelse av bryst bør det gjøres en grundig klinisk undersøkelse. Behov for mammografiundersøkelse bør skje i tråd med følgende:

1) Kvinner < 40 år: Trenger ikke mammografi.

2) Kvinner >40 år: Mammografi (eller screening-mammografi for pasienter som deltar i mammografi-programmet) bør være gjort innen 6 måneder før rekonstruksjonen. Ved fjernelse av vev fra brystet skal preparatet orienteres og sendes til histologisk undersøkelse.

