

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000, bjorn.naume@radiumhospitalet.no

Referat Styringsgruppemøte

Tid: 15. juni 2006 kl. 18.00 – 21.00

Sted: Radisson SAS Gardermoen

Til stede: Per Skaane, Rolf Kåresen, Torill Sauer, Turid Aas, Berit Gravdehaug (for Sigurd Trønnes), Eivind Stenehjelm, Steinar Lundgren, Per Eystein Lønning, Steinar Dahl, Hans Fjøsne, Terje Risberg, Pål Møller, Erik Wist, Bjørn Naume. Under sak vedrørende arvelig brystkreft var også Lovise Mæhle (NGAK) og Bjørn Hagen (NFGO) tilstede.

Ikke tilstede: Ole Christian Andersen, Alf Frimann Rosenlund, Torill Sauer, Trine Bjørø, Gudbrand Skjønsberg.

Referat fra forrige møte

Godkjent.

NBCG's økonomi og regionsmøter

På konto i Kreftforeningen: Kr. 337.546,62

Regionmøter:

Helse Midt avholdt 2005 møtet i mars. Det har vært problemer med å få dekket inn utgifter fra fjorårets sponsor. NBCG vil dekke utgifter som er utestående. Send søknad om dekning av utgifter til sekretæren.

Helse øst/sør avholder sitt felles møte 16. juni 2006.

Det er nå enighet om at ikke avholdte møter for 2005 strykes, og alle møter knyttet til sponsor for de regionale møtene for 2006, avholdes i løpet av 2006. Det er viktig at dette overholdes.

Det må skrives kontrakt mellom regionsrepresentantene og industrisponsor, i tråd med det nye avtaleverket.

Status avsluttede protokoller

NBCGVII (027 Exemestane):

Feasibility-studie. Exemestane vs placebo. Vurdering av effekt på bentetthet, benmarkører og blodlipider mm. 1. publikasjon i JCO i 2005. Oppfølgingsartikkel er nå klar for publikasjon i Eur J Cancer. I tillegg ble data knyttet til VitD-nivåer innen studien presentert i poster discussion session på ASCO 2006. Det viser seg at 85% av pasientene hadde for lavt VitD-nivå. Dette støtter NBCGs anbefaling om bruk av VitD og Kalsiumtilskudd for pasienter som får aromatasehemmere.

NBCG VI Neotax-studien. Det er nå startet opp arbeide med de detaljerte primærtumorundersøkelser som skal forsøke å identifisere faktorer som predikerer respons/resistens mot epirubicin og/eller paclitaxel. Det er utført analyser på chk2, TP53 og hypermetylering. Det er for tidlig å kunne presentere resultater av dette arbeidet. Det er gjort innledende analyser i benmargsprotokollen knyttet til studien. Resultatene skal kvalitetskontrolleres før endelig korrelasjon mot tumorrespons og senere residivstatus. Genespresjonsanalyser er også planlagt gjennomført med utgangspunkt i å avdekke prediktive faktorer for effekt av de testede cytostatika, men dette arbeidet er ennå ikke oppstartet.

Hera-studien. Studien er referert i tidligere referater. Det ble presentert oppdatering av studien med median 2 års observasjonstid på ASCO 2006. Cirka 50% av pasientene i kontrollarmen har nå fått Herceptin. Dette betyr at de langtidsresultater vi får i studien vil påvirkes av dette. Det forventes at survivalforskjellene mellom armene vil bli redusert i forhold til hva som hadde vært tilfelle uten bruk av adjuvant herceptin i kontrollarmen. Nye total overlevelsesdata ble presentert, som viste en hazardratio på 0.66 (signifikant). Hazardratio for DFS ble nå beregnet til 0.64.

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000, bjorn.naume@radiumhospitalet.no

Status pågående protokoller

NBCGIX (SATT-studien):

Secondary Adjuvant (rescue) Treatment with docetaxel (Taxotere) and detection of isolated tumor cells in bone marrow as a surrogate marker for effect in node positive and high risk node negative breast cancer after standard adjuvant epirubicin-containing treatment.

Så langt inkludert 725 pasienter. Meget god inklusjonstakt fra deltagende sykehus. Det er ikke gjort ny oppdatering av resultater fra studien nå, men vil gjennomføres i forbindelse med utprøvermøte i oktober 2006. Det er lavere positivitet i benmarg enn hva som ble forventet. Oppdatering vedørende dette vil presenteres i forbindelse med styringsgruppemøtet ved Onkologisk Forum.

NBCGX (Weetax vs threetax):

Weekly Taxol® plus Xeloda® versus Taxotere® every three weeks plus Xeloda® in the treatment of metastatic breast cancer. Første linje (eller 2 linje) behandling for metastatisk brystkreft for taxannaive pasienter (primært her-2 negative). Også pasienter som kun har skjelettmetastaser kan inkluderes i studien. Så langt er 25 pasienter inkludert, som er klart lavere enn forventet. Det forventes ikke å nå målet om 224 pasienter inkludert, men det vil legges opp til å oppnå nok pasienter til å gjennomføre en livskvalitessammenligning mellom armene. Dette vil videre diskuteres på utprøvermøte til høsten.

NOWAC

De kvinner som har deltatt i kvinner og kreft studien, har levert blodprøve og har fått påvist brystkreft, skal nå oppdages i forbindelse med endelig diagnose/behandling. De skal forespørres om de ønsker å delta i videreføringen av studien som innbefatter grovnålsbiopsi (til fersk nedfrysing) hvor målet er å kunne avdekke faktorer i miljø/levesett og genotype påvirker hvilken tumor fenotype som pasienten utvikler. Forarbeidet i studien er kommet langt. NBCG har oppfordret alle brystdiagnostiske sentra til å prioritere denne studien høyt. Det er inngått avtale med i alt 11 sykehus (RR, SØF-F, UNN, SiV, SB, USiR, Haukeland, StOlav, Innherred, Nordladssykehuset, UUS) og det regnes med at ytterligere 2-3 sykehus vil rekrutteres. Søknad til REK vedrørende biobank er innsendt, i tillegg er det også fremlagt protokoll for analyser av normalt brystvev fra personer uten tumor. Det regnes med oppstartsmøte for studien i september 2006.

Nye protokoller

ABCSG21 (@FAME) - A randomized phase II study comparing anastrozole and fulvestrant to anastrozole for adjuvant treatment of postmenopausal patients with early breast cancer and disseminated tumor cells in bone marrow. Protokollen ble presentert ved styringsgruppemøtet i november 2005. Astra Zeneca er sponsor for studien. Austrian Breast and Colorectal Study Group driver studien. Bjørn Naume er ansvarlig for studien i Norge. Denne studien er multisenterstudie hvor det er prosjektsamarbeid mellom forskere i Østerrike, Tyskland og Norge, og Astra Zeneca. Så langt har 9 sykehus i Norge ønsket å delta i studien. Studien er nå godkjent i REK, SLV og det gjenstår aksept for utførsel av vev til Østerrike/biobank fra SHDir. Studien støttes av minst 4 universitetssykehus (UUS, RR, StOlav og SiR) og får dermed formell NBCG status: **NBCG11**. Studien har startet i Østerrike. Det planlegges oppstart av studien i Norge i september 2006. Totalt 300 pasienter planlegges inkludert til BM screening i løpet av ett år i Norge. Av disse regnes det med at ca 60 pasienter vil inkluderes i selve studien. Primært mål er å avdekke om kombinasjonen anastrozole og fulvestrant (i høy dose 500 mg i.m./4 uke) kan føre til mer effektiv eliminering av tumorceller i benmarg (og residiv) enn anastrozole alene etter 1 og 2 års behandling.

Oppfølging av FinHer studien

Det har kommet initiativ fra gruppen som har gjennomført FinHer studien (Joensuu) om deltagelse i en oppfølgingsstudie. Kort fortalt viste FinHer at 9 ukers herceptinbehandlingsperiode i adjuvant gir

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000, bjorn.naume@radiumhospitalet.no

betydelig redusert risiko for tilbakefall versus ingen herceptinbruk. Hazardratio har vært i nivå med det som er påvist i de store studiene med bruk av herceptin i minst ett år.

Studien som nå planlegges legger opp til reandomisering mellom kort og lang herceptinbehandlingsperiode, og det er også interesse for å inkludere ytterligere to armer for å introdusere lapatinib i studien. Et møte rundt denne studien var planlagt 20. juni. Ingen fra NBCGs AU har anledning til å delta på dette møtet, men vår holdning er at en slik studie kan være positiv og interessant for NBCG, men det er ikke aktuelt med aktivt deltagelse i en slik studie før vi vet om 2 års armen i Hera studien gir ytterligere gevister sannelignet med 1 år.

Nasjonal database – status

Det henvises til de dokumenter som ble utsendt i forkant av møtet. Strukturen i prosjektet er nå formalisert (konferer vedlagte prosjektdirektiv). Arbeidet med å definere hva som skal registreres er nå ferdig, det er tillaget registreringsskjemaer (meldeskjema A-D, konferer vedlagt), det kan forventes endringer etter testing av skjemaene. Dette skal føre til en detaljert registrering av diagnostikk (i tillegg til registreringen i mammografiprogrammet) og all behandling/intervensjon ved den enkelte pasients brystkreftsykdom inntil død eller helbredelse. Meldeskjemaene er ment til bruk i uttestningen først og fremst, hvor planen er å benytte elektroniske skjema ved landsdekkende oppstart. programvare/database tillages. Pilot-testingen vil foregå ved UUS høsten 2006. Forberedelsen til dette har allerede startet gjennom å sammenligne registreringen i Kreftregisteret utført på de eksisterende (gamle) skjemaer med ny registrering (fra journal) på de nye skjemaene (skjer på UUS og RR). Overlappende parametre i ny og gammel registrering sammenlignes for å teste den nye databasestruktur og programvare. Ny gjennomgang med presentasjon av erfaringene vil skje ved neste styringsgruppemøte.

NBCG's retningslinjer for adjuvant behandling

Herceptin i adjuvant – status (Wist)

Konferer informasjon vedrørende Hera studien. For øvrig ble arbeidet som NBCG (Erik Wist, Per Eystein Lønning, Bjørn Naume), Jan Norum og Jan Abel Olsen har hatt mot Kunnskapssenteret referert, som har ført til en rapport om evidensgrunnlaget for bruk av herceptin i adjuvant behandling av brystkreft. I tillegg har samme gruppe, utvidet med ytterligere personer (helseøkonomer) gjennomført helseøkonomiske analyser ved bruk av herceptin i adjuvant behandling. Denne rapporten ferdigstilles i disse dager.

Aromatasehemmere

Det er nå kommet godkjenning for refusjon av følgende aromatasehemmere på paragraf 9 punkt 9a i adjuvant:

- ∞ Aromasin
 - Adjuvant behandling av postmenopausale kvinner med østrogenreseptor-positiv, invasiv brystkreft, etter tidligere 2 - 3 års adjuvant tamoksifen behandling
- ∞ Arimidex
 - Adjuvant behandling hos postmenopausale kvinner med hormonreseptor-positiv tidlig invasiv brystkreft

Disse vedtakene betyr at for bruk i tråd med NBCGs retningslinjer kan blå resept utskrives ved bruk av:

- Aromasin eller Arimidex etter 2 års tamoxifenbehandling
- Arimidex fra dag 1 ved her2-positive

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000,

bjorn.naume@radiumhospitalet.no

- Arimidex fra dag 1 ved kontraindikasjoner mot tamoxifenbehandling
- ∞ Vi har kontrollert vår forståelse av refusjonsreglene med Legemiddelverket, - som selv tolker refusjonsgrunnlaget på samme måte.

Det er inne søknad fra Novartis på extended adjuvant for Femar (etter 5 år tamoxifen), søknaden vil sannsynligvis bli saksbehandlet i juli.

For øvrig ble det presisert følgende om bruk av bifosfonater som følge av resultater av bentetthetsmålinger, og som også er beskrevet i referatet fra Styringsgruppemøtet juni 2005: "Osteoporose på tidspunkt for oppstart av AI tilsier bruk av bifosfonater (uavhengig av anbefalingene fra osteoporosesentrene). Osteopeni på samme tidspunkt bør vurderes individuelt (grad og omfang) - om 1) en ny bentetthetsmåling om 1 år skal avvendes før beslutning eller 2) om bifosfonat skal gies. Generelt gjelder det at et fall i BMD på 10% eller mer ved bentetthetsmålingen ett år senere bør føre til oppstart av bifosfonat. Som en ytterligere praktisk tilnærming til dette foreslås følgende:

- ∞ Osteoporose og meget uttalt osteopeni på et hvilket som helst tidspunkt under pågående AI tilsier bruk av bifosfonat
- ∞ Lett til moderat osteopeni ved oppstart tilsier ny vurdering ved bentetthetsmåling om ett år. Ved fall i BMD på $\geq 10\%$ bør bifosfonat oppstartes
- ∞ VitD/Calcium skal gies til alle som står på AI i adjuvant uavhengig av BMD, konferer før øvrig NBCGVII (027 Exemestane).

Taxaner inn i adjuvant til subgruppe (gjelder fra 1. september etter nærmere melding)

Taxaner i adjuvant har vært diskutert tidligere og NBCG har til nå avvventet ytterligere data og erfaring med bruk av taxaner i adjuvant. NBCG har nå kommet frem til følgende:

Taxaner bør introduseres til HR-negative pasienter med lymfeknute positiv status

- ∞ Det er nylig kommet en metaanalyse som har gjennomgått 15500 pasienter som er inkludert i randomiserte studier for utprøving av taxaner (docetaxel eller paclitaxel, forskjellige regimer) i adjuvant. Cirka 2/3 av disse pasientene var lymfeknutepositive. resultatene av studien viser en bedring i HR for DFS på 0.86 (0.84 for N+) og for OS 0.87 (0.84 for N+). Dette kan oversettes i en 3.3 % absolutt 5 års DFS benefit ved bruk av taxaner (4.4% for N+) og en 2.0% absolutt OS benefit (2.8% for N+). Det er fremhevet i diskusjonen i studien at subgruppeanalyse på hormonreseptor er helt nødvendig, da effekten ved bruk av taxaner på hormonreseptor positive kan være mindre (Bria et al, Cancer 2006;106:2337-44)
- ∞ Det er kommet klar støtte for å selektere de hormonreseptor negative pasientene som kandidater for taxaner i adjuvant (Berry, D. A. et al. JAMA 2006;295:1658-1667). Berry et al viser i studien, som omfatter subgruppering på estrogenreseptor i tre større tidligere publiserte kjemoterapi studier, følgende:
 - Østrogenreseptor positive pasienter synes ikke å ha nytte av intensivert kjemoterapi ut over det en moderat dosert FEC kur representerer (cirka nivå FEC60). Dette gjelder både høyere doserte antracyclinholdige kurer, tillegg av taxan (paclitaxel), dose dense (14d vs 21d cyclus).
 - Østrogenreseptor negative pasienter oppnår en absolutt overlevelsesgevist på 7.4% ved 5 år, ved å legge paclitaxel til antracyclinholdig kjemoterapi.
- ∞ Vi har ennå ingen sikre holdepunkter for hvilken type taxan, hvilket regime eller om dette skal gies i sekvens eller samtidig med antracyclin (Piccart MJ et al. Breast 2005, 14:439). Dette gjør at vi finner grunn for å endre behandlingen på en måte som er mest i tråd med den praksis som benyttes for adjuvant kjemoterapi for øvrig i Norge, samt også for å

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000, bjorn.naume@radiumhospitalet.no

- kunne gjøre bruk av herceptin i adjuvant mest mulig i tråd med de studier som har blitt publisert med både bruk av taxan og herceptin.
- ∞ Den største erfaringen med taxaner er foreløpig hos lymfeknute positive, og lymfeknute negative har generelt en bedre prognose som sannsynliggjør mindre absolutt nytte-effekt av taxaner. NBCG har derfor valgt å reservere anbefalingen av bruk av taxan til N+ gruppen. Det legges altså opp til en introduksjon av taxaner til en liten gruppe pasienter, hvor eventuell vurdering av en videre utvidelse av bruk avventes til ytterligere data foreligger.
 - ∞ **Behandlingsanbefaling ved hormonreseptor negativ lymfeknutepositiv status hvor det etter NBCG er indikasjon for kjemoterapi, blir således følgende:**
 - 4 FEC kurer (dosering av Epirubicin avhengig av her2-status) etterfulgt av 12 ukers behandling med et taxan (hver 3. uke eller hver uke)
 - Ved her2-positiv status oppstartes herceptin sammen med taxan og gies kontinuerlig i ett år (også selv om strålebehandling gjennomføres)
 - Stråleterapi oppstartes 2-3 uker etter siste taxan-kur
 - ∞ De øvrige pasienter behandles helt i tråd med de retningslinjene som allerede er i bruk.
 - ∞ Husk at denne endring i retningslinjene er vedtatt å gjelde fra 1. september 2006 etter nærmere melding.

Gjennomgang av kunnskapssenterets rapport vedrørende herceptin i adjuvant

- ∞ Konferer punktet over om Herceptin i adjuvant

NBCG's retningslinjer for behandling ved metastaser

- ∞ *Bør Herceptin i adjuvant påvirke våre valg i metastatisk setting ?*

Dette er et tema hvor det foreløpig ikke finnes erfaring. I påvente av data har vi derfor lagt opp til en pragmatisk holdning til dette, og foreslår som veiledning: Hvis det tilkommer residiv innen 12 mnd etter avsluttet herceptinbehandling, anses det som en primær resistens for herceptin og bruk av herceptin i metastatisk setting anbefales ikke.
- ∞ *Bruk av herceptin i en eller to behandlingslinjer som inkluderer kjemoterapi ?*

Det foreligger kun noen få ikke-randomiserte studier som har belyst bruk av herceptin i kombinasjon med kjemoterapi etter progresjon på herceptin i kombinasjon med et annet kjemoterapeutikum. Praksis i verden varierer. Det foreligger ikke godt nok grunnlag i litteraturen til å konkludere om nytten. NBCG har foreløpig avholdt seg fra å gi praktiske anbefalinger vedrørende dette tema.

Arvelig brystkreft

- ∞ Nye retningslinjer for oppfølging og behandling (Møller)

Dette temaet var oppe på foregående styringsgruppemøte. I prinsippet var de nye retningslinjene vedtatt på det tidspunkt, men det ble på lagt opp til en mer endelig gjennomgang ved sommerens møte, for å justere tekst i henhold til vedtaket på styringsgruppemøtet i november, å lage informasjonsskriv til pasientene vedrørende gentesting av alle incidente cancere, å avdekke andre ukklarheter, å forberede implementeringen. Dette ble grundig diskutert ved møtet. For å få retningslinjene mest i tråd med enigheten ved foregående styringsgruppemøte, ble det vedtatt at Erik Wist og Bjørn Naume skulle reformulere noen setninger knyttet til profylaktisk mastectomi, da det ikke kom klart nok frem at dette er det tiltak som i dag sikrest reduserer risiko for å dø av

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000, bjorn.naume@radiumhospitalet.no

brystkreft. Dette ble gjort i etterkant av møtet. Endelig versjon, som det er enighet om mellom NBCG, NFGO og NGAK, vil ettersendes og er nå vedtatt av NBCG. Sammendraget av retningslinjene (slik de også foreligger i den endelige versjonen) er som følger:

- Pasienter / familier med mistanke om arvelig sykdom henvises klinisk genetiker til utredning.
- Behandlende kirurg/onkolog/gynekolog tilbyr alle pasienter med brystkreft eller eggstokk-kreft gentest for å påvise de hyppigste norske BRCA genfeil. Behandlende lege gir informasjonsskriv, sørger for skriftlig informert samtykke, sender blodprøve til laboratoriet, og gir svaret til pasienten. Det skal inngå i det informerte samtykket at ved påvist genfeil henvises pasienten til klinisk genetiker.
- Klinisk genetiker tilbyr slekten prediktiv gentesting og sørger for henvisning til avtalt helsetilbud.
- Klinisk genetiker sørger for løpende oversikt over tiltakene med tanke på evaluering av virksomheten.
- Sekundærprofylakse:
 - Friske mutasjonsbærere skal følges med årlig MR av bryst fra 25 års alder, ingen øvre grense.
 - Andre risikokvinner (vurdert av klinisk genetiker etter familiehistorie) følges med årlig mammografi fra 30 til 60 års alder.
 - Kontroll mot eggstokk-kreft anbefales ikke.
- Primærprofylakse:
 - BRCA1/2 mutasjonsbærere anbefales profylaktisk oophorektomi ved/etter 35 års alder. Hormonsubstitusjon til 50 års alder.
 - BRCA1 mutasjonsbærere tilbys profylaktisk mastektomi som alternativ til årlig MR.
- Behandling ved påvist brystkreft eller eggstokk-kreft følger retningslinjer som gis i annet kapittel.
- Det utarbeides retningslinjer for metode for profylaktisk mastektomi og rekonstruksjon.

Det ble videre konkludert med følgende:

- Vedtaket om gentesting kan først oppstartes når logistikken er implementert og kapasitet foreligger.
- Pål Møller tar et videre ansvar for å kartlegge og bidra til kommunikasjon mot laboratoriene for å tilrettelegge kapasiteten for gentesting. I etterkant har det kommet opplysninger om at Haukeland kan påta seg å undersøke gentester fra hele landet for det formålet som er beskrevet i retningslinjene.
- Det er ikke behov for søknad til REK, da gentesting ikke anses som forskning, men del av et generelt diagnostisk tilbud. Svaret skal registreres i journal. Det er også ønskelig å kunne registrere dette svaret i NBCR.
- Retningslinjene og NBCGs vedtak omhandler ikke forskningsformål, og eventuell fremtidig forskning knyttet til implementeringen av de nye retningslinjene inkludert resultater må søkes om i tråd med vanlig praksis.
- Retningslinjer for *profylaktisk mastektomi* skal lages. Disse skulle vært på plass til dette møtet, men **kirurggruppen i NBCG bes (av sekretær/leder) om å ferdigstille dette til 15. september 2006.**

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000, bjorn.naume@radiumhospitalet.no

NBCG's retningslinjer for kirurgisk behandling av premaligne og maligne brystlesjoner

- ∞ Presentasjon av nye kirurgiske retningslinjer (Fjøsne/Aas)
Det er laget et utkast til nye retningslinjer for kirurgisk behandling av brystkreft, som også kan være en mulig mal for bruk i arbeidet med nasjonale handlingsprogrammer. Utkastet ble diskutert og ansett å ha en fin form og passe omfattende innhold for å være en retningslinje. Referanser er også inkludert. Det bes om at øvrige kirurgmedlemmer kommer med eventuell ytterligere feed-back på utkastet i løpet av sommer/tidlig høst. Det vil arbeides videre med utkastet i høst, for å koordinere dette arbeidet mot nasjonale handlingsprogrammer. Vedtak om nye retningslinjer forventes ved neste styringsgruppemøte.

Nasjonalt handlingsprogram for brystkreft i regi av SHDir

- ∞ Det har vært avholdt 4 møter i SHDir, i arbeidet med nasjonale handlingsprogrammer. NBCGs anbefalinger har vært ansett som et godt utgangspunkt for å arbeide fram et mer formelt handlingsprogram, med inklusjon av ytterligere noen tema i forhold til blåboka (og NBCGs retningslinjer for metastasebehandling). Det har så langt kommet lite ut av dette arbeidet. Det har vært benyttet mest tid til å finne ut hvilket nivå av dokumentasjon og hvilket omfang et slikt handlingsprogram bør få, med utgangspunkt i en del andre eksempler. NBCG har kommet frem til følgende:
 - Vi kommer til, uavhengig av prosessen i SHDir, å gjennomgå alle våre anbefalinger påny. Vi vil oppdatere disse og forbedre, der vi mener det er behov for det. Vi vil inkludere nøkkelreferanser i våre anbefalinger. Dette arbeidet skal skje i løpet av september og oktober 2006.
 - Våre møter med SHDir skal være i etterkant av dette arbeidet, i praksis etter styringsgruppemøtet i november hvor nye retningslinjer foreslås vedtatt.
 - Vi mener at vårt arbeid med nasjonalt handlingsprogram ikke har mening uten opprettelsen samtidig av et klinisk kvalitetsregister (NBCR). Vi oppfatter derfor finansiering av NBCR som en forutsetning for arbeidet med nasjonalt handlingsprogram.

Opprettelse av valgkomite for nytt AU i forbindelse med ny styringsgruppemøte 2007-9

- ∞ **Det er valg på AU ved neste styringsgruppemøte. Valgkomite er Terje Risberg (leder), Turid Aas, Per Skaane. Her følger utsnitt av statuttene:**
 - Velge arbeidsutvalg og leder:
 - Styringsgruppen velger blant kirurgene og onkologene et arbeidsutvalg (AU) på 4 personer (2 kirurger og 2 onkologer). I tillegg velges en sekretær. Sekretæren er et fullverdig medlem av arbeidsutvalget. Styringsgruppen velger leder blant AUs medlemmer. Leders funksjonstid er 3 år. Leder kan gjenvelges. AU og leder velges i forbindelse med konstitueringen av styringsgruppen. Tiltrer 1. januar neste år. Valgkomité for nytt AU og leder oppnevnes av den gamle styringsgruppen på siste møte før den nye konstitueres.
- ∞ **Det er valg på styringsgrupperepresentanter før neste styringsgruppemøte. Det minnes om at representanter fra de respektive universitetssykehus i sin region er**

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Erik Wist, Onkologisk avdeling, Ullevål UniversitetsSykehus, 0407 Oslo, 23015956, erik.wist@medisin.uio.no

Sekretær: Bjørn Naume, Kreftklinikken, Rikshospitalet-Radiumhospitalet Montebello 0310 Oslo, 22934000,
bjorn.naume@radiumhospitalet.no

ansvarlig for å valg av ny representant for henholdsvis en kirurg og en onkolog utenfor universitetssykehusene i sin region. Tilbakemelding om person må sendes sekretæren innen 15. september. Videre bes det om at representantene på universitetssykehusene informerer sin sjef om at det skal utnevnes ny representant til NBCG innen 15. september. Det vil for øvrig bli sendt ut brev om dette til de respektive universitetssykehus i løpet av sommeren. Det bes også om at de respektive representanter for patologi, genetikk og radiologi informerer om valg av nye representanter. Her følger utsnitt av statuttene:

Styringsgruppens sammensetning, valg og konstituering (gjeldende fra neste valg i 2006)

∞ 1 kirurg fra hvert universitetssykehus	Antall: 7
∞ 1 onkolog fra hvert universitetssykehus	Antall: 7
∞ 1 kirurg som representerer de øvrige sykehus i regionen	Antall: 5
∞ 1 onkolog som representerer de øvrige sykehus i regionen	Antall: 5
∞ 1 patolog	Antall: 1
∞ 1 radiolog	Antall: 1
∞ 1 genetiker	Antall: 1
➤ Totalt antall i styringsgruppen:	27

Funksjonstid for styringsgruppen er 3 år. Representanter utnevnes/velges senest 15 september i siste året av funksjonstiden. Medlemmer kan gjenvelges. Konstitueringen skjer i forbindelse med NBCG møtet i tilknytning til Onkologisk Forum. Universitetssykehusrepresentantene utnevnes av de respektive avdelingsledere. Universitetsrepresentantene i kirurgi og onkologi er ansvarlige for valg av nye representanter i regionen. Valg av kirurg/onkolog fra de øvrige sykehus skjer etter innhenting av anbefalinger fra de respektive avdelingsoverleger og deretter velger avdelingsoverlegene ved flertallsbeslutning. Patolog, radiolog og genetiker oppnevnes av spesialforeningene.

NBCG hjemmeside – status

Meget godt besøkt. Det er behov for en del endringer i menyvalget blant annet. Det vil arbeides med dette i etterkant av nye retningslinjer.

Eventuelt

Per Skaane tok opp om ikke BCT opererte pasienter kunne gå annethvert år i offisiell screening i tillegg til klinisk mammografi annethvert år. Det var i utgangspunktet ingen klare motforestillinger mot dette. Dette vil sees nærmere på i forbindelse med oppdateringen av anbefalingene.

NB! Vi er nå fullverdig medlem av BIG. Alle i styringsgruppen kan gå inn på BIGs hjemmeside Members only side med følgende nøkkel: login: NBCG. passord: Wist039

Onkologisk forum avholdes i år i Trondheim 23.-24. november. Dersom det er innspill til NBCG fagmøtedelen, gi tilbakemelding i løpet av juli/august. Styringsgruppemøtet avholdes 22. november kl 17.00-20.00. AU møtes på forhånd på vanlig måte (oppstart klokken 13.00).

Bjørn Naume, sign
Sekretær NBCG
Oslo, 29. juni 2006