

## Referat styringsgruppemøte NBCG

Tid: Torsdag 16. juni 2016 kl 16-20  
Sted: Radisson Blu Gardermoen

Tilstede:

Helse Sør Øst: OUS: Kristin V Reinertsen (o), Bjørn Naume (o), Ellen Schlichting kirurg (k), Ingvild Ona Moberg (k)  
Ahus: Berit Gravdehaug (k), Jürgen Geisler (o)

**Utenom universitetssykehus ("Øst"):**

**Utenom universitetssykehus ("Sør"):** (k): Helle Skjerven (VV Drammen) (o): Tor Jensen (ST)

**Helse Vest: HUS:** Turid Aas (k), Hans Petter Eikesdal (o)

SUS: Håvard Søyland (k), Marius Stensland for Invild Mjaaland(o)

Utenom universitetssykehus: Helge Espelid (k) (Haugesund SH), Geirfinn Vagstad (o)(Førde SH)

**Helse Midt: St.Olav:** Anne Irene Hagen (k)

Utenom Universitetssykehus: Steinar Dahl (k) (Molde SH), Torgunn Kursetgjerde (o), Ålesund SH)

**Helse Nord: UNN:** Egil Blix (o), Alf Frimann Rosenlund (k)

Utenom Universitetssykehus: Lisa *Steffensen* (k) (Nordlandssykehuset)

**Patologi:** Lars A. Akslen (HUS)

**Radiologi:** Solveig Roth-Hoff (Ålesund Sjukehus), Hilde Bjørndal (Vestre Viken)

**Plastikkirurgi:** Michael Schneider (for *Erling Bjordal*)

**Medisinsk Genetiker:** Hildegunn Høberg Vetti (HUS)

**Forfall:** Bård Mannsåker, Steinar Lundgren, Ingvild Mjaaland, Erling Bjordal, Eskil Fluge, Kjetil Weyde

Sak nr	Hovedpunkt	Underpunkt	Ansvarlig (hvis relevant)
	<b>Referat fra forrige møte</b>	Ble godtatt uten merknader	
	<b>NBCGs økonomi og møter</b>	Nå er det underskudd – 29745, - på konto, men pengene for i år fra Helsedirektoratet er ikke kommet ennå. Nasjonalt møte 17.6. ble fullbooket allerede før påmeldingsfrist gikk ut, men det ble åpnet seminarrom med overføring på skjerm for de som ikke fikk plass og likevel ønsket å komme.  Det er gjennomført kurs for implementering av ny inntegning for stråleterapi. Alle som ønsket fikk plass.	

	<p><b>NBCGs statutter</b></p>	<p>Det ble vedtatt endring i NBCG statutter, endringen går ut på at det blir utvidet representasjon av radiologer (totalt 2) og patologer (totalt 2) i styringsgruppen som nå teller 30 medlemmer totalt. <b>Representantene fra patolog og radiolog gruppen gir beskjed til AU om hvem utvidelsene gjelder.</b> Statuttene legges ut på våre nettsider.</p> <p>En retting i tillegg: Formålet skal være <b>diagnostikk</b> og behandling, se rettet versjon</p> <p>Det ble diskutert om det skal være adgang til å benytte NBCG sin logo for andre møter/ evt reklamere for andre møter på våre fagmøter eller ta inn reklame for arrangement på nettsidene? Det ble vedtatt at AU får myndighet til å ta stilling til søknader om dette, tillatelse vil forutsette at det ikke kolliderer med NBCG sine møter eller er møter arrangert av industrien.</p>	<p>Turid Aas</p> <p>AU</p>
	<p><b>Status protokoller med avsluttet inklusjon men fremdeles pågående analyser</b></p>	<p><b>NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien)</b> (Lønning, HUS). Neoadjuvant studie, avsluttet inklusjon i 2002. Modne follow up data. Målsetningen er å avdekke primærtumorfaktorer som predikerer respons/resistens mot epirubicin og/eller paclitaxel. Det er kommet en publikasjon basert på resultater fra studien (Stian Knappskog et al, Concomitant inactivation of the p53- and pRB- functional pathways predicts resistance to DNA damaging drugs in breast cancer in vivo. Molecular Oncology, 2015). Exomsekvensering av tumorprøvene pågår.</p> <p><b>NBCG 9 SATT studien</b> (Naume, OUS). Secondary Adjuvant (rescue) Treatment with docetaxel (Taxotere) and detection of isolated tumor cells in bone marrow (DTC) as a surrogate marker for effect in node positive and high risk node negative breast cancer after standard adjuvant epirubicin-containing treatment. Totalt 1128 pasienter ble inkludert. Hovedresultatene fra studien ble publisert i JCO i desember 2014. Pasienter som fikk docetaxel og hvor DTC ikke lenger kunne påvises etter behandlingen, hadde en meget god prognose, i motsetning til pasienter som hadde persisterende DTC etter behandlingen. (Naume et al., J Clin Oncol. 2014 Dec 1;32(34):3848-57). Det arbeides videre med primærtumoranalyser (inkludert PAM50 analyser på deler av materialet) og karakterisering av tumorceller i benmargen.</p>	

<p><b>Nowac studien</b> (Lund, UniTø) Ingen ny informasjon presentert på møtet, Eiliv Lund presenterte noen resultater på NBCGs fagmøte på Onkologisk Forum 2015. Det er laget et patent knyttet til immunprofil i blod som kan identifisere brystkreftpasienter. Intet nytt fremlagt.</p>	
<p><b>NBCG12 (ALTTO)</b> (Sætersdal, OUS) Adjuvant lapatinib and/or trastuzumab treatment optimisation study. A randomised, multi centre, open-label, phase III study of adjuvant lapatinib, trastuzumab, their sequence and their combination in patients with HER2 positive primary breast cancer (Sætersdal). Resultater presentert på ASCO 2014. Studien viste ikke signifikant forskjell mellom lapatinib+trastuzumab og trastuzumab-armen. Resultatene er submitted til J Clin Oncol. Det arbeides med å gjøre undergruppeanalyser/translasjonsstudier, for å gi hypoteser til videre HER2 rettete kliniske studier. Publikasjon i JCO 2016</p>	
<p><b>NBCG13 (NeoALTTO)</b>(Naume OUS) Neoadjuvant behandling med behandlingsarmer tilsvarende som i ALTTO studien. Det gjøres eksplorative subgruppeanalyser for å avdekke om undergrupper potensielt kan dra spesiell nytte noen av behandlingsarmene.</p>	
<p><b>SafeHER</b> (OUS, SUS, Sørlandet)(Reinertsen OUS) Studie av adjuvant Herceptin subcutant (inkludert ved OUS og SUS). Ikke noe nytt.</p>	
<p><b>TH3RESA studien</b> (OUS)(T-DM1)(Naume, OUS). Randomisert 3.linje. Studie av pasienter med metastatisk HER2 positiv sykdom, som tidligere har mottatt/progrediert på antracyclin, taxan, capecitabine, trastuzumab og lapatinib. Pasientene ble randomisert mellom physicians choice og T-DM1 (trastuzumab-emtisine). Cut off date før endelig analyse og publikasjon var 22.02.15. Endelige resultater presentert på SABCS2015.</p>	
<p><b>TARGET studien</b> (St Olav) (Lundgren, St Olav). Intraoperativ strålebehandling vs konvensjonell strålebehandling. (Lundgren; St Olav) Inkludert avsluttet (3400 pasienter totalt) og 5 års oppfølgingen er publisert . Oppfølging fortsetter.</p>	

<p><b>NeoAva</b> (OUS + St Olav)(Engebråten OUS) (Engebråten, OUS). Neoadjuvant randomisert studie med bevacizumab (Avastin). Studien inkluderte 150 pasienter. Data gjøres komplett både på DNA-, RNA-, miRNA-, protein- og sirkulerende tumorcelle/disseminert tumorcelle-nivå. 2 abstract presentert på ASCO, 3 manuskripter skrives/er skrevet sammen om dette.</p>	
<p><b>KAMILLA</b> (T-DM1)(OUS)(Reinertsen OUS) ). Safety studie hvor T-DM1 benyttes i 2. linje eller senere etter tidligere bruk av annen type HER2-rettet behandling. 24 pasienter inkludert totalt. Oppfølging pågår.</p>	
<p><b>Hypofraksjoneringsstudien</b> (SUS, Sørlandet) (Mjaaland, SUS). Studie av 2.67 Gy x 15 vs 2 Gy x 25 mot bryst etter BCT. Primært endepunkt er toksisitet. Pasientinkludering i Danmark, Tyskland og Norge (SUS/Sørlandet). Oppfølging pågår. Ingen forskjell i toksisitet mellom armene så langt, få residiv, presentert på ESTRO 2016.</p>	
<p><b>NeoBCT studien</b> (Naume)Safety of breast conserving treatment in locally advanced breast cancer receiving neoadjuvant treatment (NeoBCT). 20 pasienter inkludert. På grunn av at retningslinjene for brystbevarende kirurgi ble endret i 2014, er studien lukket for inkludering. Det planlegges å gjennomgå resultatene fra disse pasientene før sluttmelding sendes til REK. Intet nytt siden foregående møte.</p>	
<p><b>MONA-LEESA 2</b> (Eikesdal) A randomized double-blind, placebo-controlled study of LEE011 in combination with letrozole for the treatment of postmenopausal women with hormone receptor positive, HER2-negative, advanced breast cancer who received no prior therapy for advanced disease. Totalt 9 pasienter inkludert i studien. Intet nytt siden forrige møte</p>	

	<p><b>BERENICE</b>(Hege Oma Ohnstad, OUS). A multicenter, multinational, Phase II study to evaluate pertuzumab in combination with trastuzumab and standard neoadjuvant anthracycline-based chemotherapy in patients with HER2-positive, locally advanced, inflammatory, or early-stage breast cancer. Neoadjuvant enarmet studie hvor pertuzumab gis i kombinasjon med trastuzumab og taxan. 10 pasienter inkludert (OUS/HUS). Lukket for inklusjon i cohort B (som vi deltok i). Meget høy patologisk komplett responsrate på pasientene inkludert i Norge.</p>	
	<p><b>KAITHLIN</b> ( Engebråten, OUS) A randomized, multicenter, open-label, Phase III trial comparing trastuzumab plus pertuzumab plus a taxane following anthracyclines versus trastuzumab emtansine plus pertuzumab following anthracyclines as adjuvant therapy in patients with operable HER2-positive primary breast cancer. 8 pasienter inkludert ved OUS, 2 ved SUS. Inklusjon er stoppet etter at resultater fra Marianne studien, metastatisk studie som sammenligner taxane-trastuzumab med T-DM1 og med T-DM1/pertuzumab i forhold til taxan-trastuzumab. Drøyt 1717 pasienter inkludert totalt per 12.05.15. Intet nytt.</p>	
	<p><b>ICORG 13-10</b> (Sætersdal, OUS). 1. linje metastatisk HER2 positive. Paclitaxel + trastuzumab vs paclitaxel + trastuzumab + lapatinib. 6 pasienter inkludert. Studien ble lukket for inklusjon februar 2015. Intet nytt siden forrige møte.</p>	
	<p><b>Dose Dense</b> (Lønning, HUS). Molecular markers predicting response to dose dense chemotherapy with epirubicin and docetaxel in sequence for locally advanced breast cancer. Enarmet. Lukket, begynt å gjøre opp de første data.</p>	

<p><b>Status studier med pågående inklusjon</b></p>	<p><b>EBBA 2</b> (Thune, OUS). En norsk randomisert klinisk intervensjonsstudie med fysisk aktivitet. Målsettingen er å teste om daglig fysisk aktivitet gir 20 % reduksjon i risiko for ugunstig metabolsk profil hos nydiagnostiserte brystkreftpasienter som kan påvirke risiko for tilbakefall og brystkreftoverlevelse. De primære effektmål (endepunkt) er metabolsk profil (relativ kroppsmasse, kroppsmasse fordeling, lipidprofil, insulin, glukose, blodtrykk) og sekundært; Sykdomsfritt intervall, spesifikk brystkreftoverlevelse og total overlevelse. Det er planlagt at 600 pasienter skal inkluderes. Cirka 400 pasienter inkludert så langt.</p>	
	<p><b>BROCADE 3</b> (AbbVie studien M12-914)(Hans Petter Eikesdal, HUS). A Phase 3 Randomized, Placebo-Controlled Trial of Carboplatin and Paclitaxel With or Without the PARP Inhibitor Veliparib (ABT-888) in HER2-Negative Metastatic or Locally Advanced Unresectable BRCA-Associated Breast Cancer.(BROCADE 3 studien) med inklusjonskriterier: alle pasienter med metastatisk brystkreft som er BRCA1/2 muterte er aktuelle for inklusjon. Pasienter kan henvises til Eikesdal v/HUS. Ingen pasienter inkludert så langt. Én pasient inkludert på 2 år, fortsatt åpen for inklusjon</p>	
	<p><b>PETREMAC</b> studien PErsonalized TREatment of high-risk MAMmary Cancer. (Eikesdal , HUS) Neoadjuvant behandling av høyrisik brystkreft, basert på IHC4 kriterier + TP53 mutasjonsstatus. (Hans Petter Eikesdal) (NBCG 15). Så langt (juni) inkludert 10 pas</p>	
	<p><b>I-BCT</b> ( Engebråten, OUS). Improved breast cancer therapy (I-BCT-1) in the neoadjuvant and metastatic setting: A phase 2 clinical trial protocol studying biological rationale for the optimal selection of treatment regimens. Randomisert studie hvor kombinasjonen av carboplatin+taxan sammenlignes med taxan. Primært endepunkt er å avdekke molekylære karakteristika og endringer i tumor i relasjon til respons på behandlingen. Det er planlagt at cirka 100 pasienter inkluderes i neoadjuvant del av studien, mens ca 60 pasienter skal inkluderes i den metastatiske delen av studien. Inklusjon av pasienter ved OUS. Så langt inkludert 12-13 i neoadjuvant del, 1 i metastatisk del.</p>	
<p><b>Generelt om nye studier</b></p>	<p>NBCG anbefaler å avklare om studier som tilbys kolliderer med forskerinitierte studier</p>	

<p><b>Nye studier i startgruppen eller til diskusjon/ informasjon</b></p>	<p>A phase III, multicenter, randomized, placebo-controlled study of MDPL3280a (anti-PD-L1 antibody) in combination with Nab-paclitaxel compared with placebo with nab-paclitaxel for patients with previously untreated metastatic triple-negative breast cancer. Fase 3 studie P-DL1 hemmer i kombinasjon med (Roche)(Bjørnar Gilje)</p>	
	<p><b>ALICE:</b> A randomized placebo-controlled phase II study evaluating atezolizumab combined with immunogenic chemotherapy in patients with metastatic triple-negative breast cancer (Jon Amund Kyte). Utkast til studieprotokoll er ferdigstilt og ut i fra foreliggende opplysninger forventes den å få støtte. Målsetningen er å starte opp studien i løpet av slutten av 2016.</p> <p><b>POSITIVE TRIAL</b> (Sætersdal, OUS) Studien tester grunnlag for å ha et opphold i den endokrine behandling for kvinner som vil bli gravide tross at de etter retningslinjene skulle hatt det i mist fem år. Starter ved OUS og tar med andre etter hvert. Enighet om at dette blir en NBCG studie. Det er søkt REK.</p>	
<p><b>Blåboka/ Nasjonalt handlingsprogram/ Helsedirektoratet</b></p>	<p>Nytt Handlingsprogram ble publisert i første del av 2016 Lenker som ikke fungerer bes meldt direkte til Borghild Svorken (Hdir) Revideres 1 gang per år, evt endringer i mellomtiden blir liggende på nettsiden som anbefalinger fra NBCG.</p>	
	<p><b>Status for vurderinger av medikamenter:</b> System for vurdering av nye metoder i spesialisttjenesten/De regionale helseforetakenes Beslutningsforum (T-DM1, pertuzumab og palbociclib)</p> <p>Det ble besluttet at vi skal henvende oss til Beslutningsforum og foreslå at leder/representant for NBCG bør innkalles ved møter, denne henvendelse med kopi til styrene i de regionale helseforetakene</p> <p>TDM1 fikk avslag. Pertuzumab (neoadjuvant) ikke ferdig i Beslutningsforum, <u>men kan brukes neoadjuvant hvis pas ikke responderer på EC</u> Palbociclib ikke godkjent ennå men kan søkes om fritak, paragraf 3a (Paloma 2 og 3)</p>	<p>Bjørn Naume</p>



	<p><b>Pakkeforløp ved brystkreft</b></p>	<p>I forbindelse med justering av forløpene ga AU tilbakemelding på vegne av NBCG. Det var 3 innspill: Tid mellom diagnose og behandlingsstart skulle være den samme uansett behandlingsform. Pasienter som skal inkluderes i protokoller gis noe forlenget tid, evt tas ut av forløpet. Tid mellom diagnose og behandlingsstart for DCIS kan være noe lengre enn for invasivt carsinom.</p> <p>Det er kommet endring/ presisering vedr inklusjon fra screening (4 og 5), andre innspill ikke tatt til følge foreløpig.</p>	
	<p><b>Nasjonalt brystkreftregister</b></p>	<p>Kort statusrapport for NBCR og diskusjon av videre arbeid. Vedlagt referat siste møte i styringsgruppen. Det er etter hvert gode data for diagnostikk, patologi og kirurgi. Onkologidata henger etter. Viktig at man nå kan gå inn å hente egne data. Mellomlagring blir tilgjengelig snart. Preliminære 2015 data foreligger, fra dette: For BCT: Økende andel BCT. Antall fjernede lymfeknuter ved AD er ofte &lt; 10, hvilket vekker bekymring for de pasienter der AD er indisert.</p> <p>NBCR har fått penger fra Rosa Sløyfe for å hjelpe med koding av onkologi, ansette hjelp som skal reise rundt i landet, sykehusene oppfordres til evt å planlegge inn en andel av en stillingsprosent til å støtte det onkologiske registreringsarbeidet.</p>	
	<p><b>Rapport/innspill fra ansvarsgruppene</b></p>	<p><b>Patologigruppen:</b> Møte mellom AU og leder Lars Akslen Tre innspill som ble diskutert:</p> <p><b>Proliferasjonsmarkører:</b> Ki67 analysen er utfordrende/problematisk, i ASCO guidelines (2016) er den også frarådet til klinisk bruk for å skille mellom pasienter som skal ha adjuvant kjemoterapi eller ikke. Analysen har ikke tilfredsstillende reproduserbarhet. NBCR data viser stor variasjon mellom laboratoriene. Kan mitosetall erstatte Ki67? Hvert laboratorium sin egen cut off for Ki67?</p> <p>Patologene ønsker å rapportere mitosetall eksplisitt for å høste erfaring om samsvar mitoser og Ki67, det er god rutine for å telle mitoser, gjøres uansett som ledd i gradering. Vil arbeides videre med fra Patologigruppen, men se også punkt 1614.</p> <p><b>Ekstranodal vekst i lkn:</b> Det er laget forslag til anbefaling til standardisert mål av extranodal vekst, hvor perpendikulært mål synes best. AU ønsker oversendt de nye retningslinjene fra patologigruppen.</p> <p><b>Vurdering av preparater etter neoadjuvant behandling;</b> er en ytterligere standardisering nødvendig? Ikke funnet spesifikt behov for det pr i dag.</p>	<p>Lars Akslen</p>

		<p><b>Radiologigruppen:</b> Flere Innspill, 2 vedlegg samt aktuell litteratur om Gadoliniumkontrast</p> <p>Oppbygging av kapittel 2 i Handlingsprogrammet vil gjennomgås og korrigeres, kun mindre endringer.</p> <p>Det er ønske om å kunne overføre flere kontroller til mammografiprogrammet, ved at både BCT og mastektomerte skal kunne få tatt mammografi i screeningen annet hvert år.</p> <p>Logistikkutfordring med dette mtp innkallingen og det blir da ikke sendt svar til klinisk avdeling som kontrollerer pasienten. Det er enighet om å åpne for muligheten for dette, emn hvert BDS må organisere det og det er viktig at pasientene vet hvor de skal møte og når.</p> <p>Aldersgrenser mtp kontrollopplegg for arvelig kreft ble diskutert. Vi fraråder generelt eksakte aldersgrenser, man må vurdere ut fra komorbiditet osv</p> <p>Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på oppfølging av genmutasjonsbærere. Gruppen består av; Solveig Roth Hoff, Hildegunn Vetti, Hilde Bjørndal og Anne Irene Hagen. (I etterkant er også Helle Skjerven og Lovise Mæhle kommet inn i gruppen.)</p> <p>Det ble diskutert et registreringssystem for billedkontrollene hos friske genbærere, gruppen vil også se på dette. AU sender brev til de oppnevnte og ber de starte arbeidet.</p> <p>Data om opplading av gadolinium i CNS ved MR ble tatt til etterretning.</p>	
	<p><b>Lokoregional stråleterapi</b></p>	<p>Arbeid med implementering av ny ESTRO-mal for inntegning av "clinical target volume" (CTV) ved primært operabel brystkreft er videreført. Kurs avholdt ved OUS med Ingvild Mjaaland som kursleder.</p> <p>Kurset danner grunnlag for at nå hver institusjon arbeider med implementeringen.</p> <p>Mal for inntegning av "clinical target volume" ved primært operabel brystkreft legges på hjemmesiden i løpet av høsten.</p> <p>Grunnlag for bestråling av parasternale og interpectorale lymfeknuter er ikke diskutert ennå, foreløpig gjelder de retningslinjer som står i handlingsprogrammet knyttet til områder som anbefales bestrålt. Stråleterapigruppen vil møtes i høst for å diskutere om det skal gjøres endringer i hvilke områder som bør bestråles. Arrbolus ved mastectomi vil også diskuteres.</p> <p>Man etterlyser data fra Vestre Viken relatert til andel pasienter som har parasternal lymfedrenasje ved peritumoral injeksjon. Det ses også på muligheter for et kvalitetsskringsprosjekt ved OUS for å se på SN i disse lokalisasjoner.</p>	
	<p><b>NBCGs</b></p>		

<p><b>retningslinjer for kirurgisk behandling/rekonstruksjon</b></p>	<p><b>Lipofilling</b>, Det forelå rapport fra arbeidsgruppe og denne vil legges ut på hjemmesiden i påvente av at retningslinjene oppdateres. NBCG støtter innholdet i denne rapporten, som også vil danne grunnlag for oppdatering av Handlingsprogrammet om dette tema.</p> <p>Kort resyme av rapporten:          Fortsatt ingen gode studier          Skriftlig informasjon må gis til pasientene, skal også omtale evt problemer mtp radiologisk bedømming senere.          Lipofilling skal gjøres i offentlig helsevesen, det bør forventes å gjøre lipofilling en tid etter operasjonen (minst 2 år)          Registreres i NBCR (ansvar plastikk kirurgene, Michael Schneider har kontakt med NBCR)          Ved DCIS er det liten dokumentasjon, enkelte studier har vist økt forekomst av residiv; der bør man utvise forsiktighet          Må bekjentgjøres i plastikkirurgiske miljøer</p>	
	<p><u>BCT etter preoperativ behandling ved store T2 tumores/T3 tumores.</u> Merking før oppstart av neoadjuvant behandling, trengs nærmere retningslinjer?</p> <p>Det anbefales sentral merking hos de man mener er kandidater for BCT. NBCG mener at dette primært er pasienter som har ett stort avgrenset tumorfokus.</p> <p><u>Genbærere; type profylaktisk kirurgi:</u> Det bør åpnes for ulike typer kirurgi, også bruk av autologt vev, dette tas inn i handlingsprogrammet når det endres.          I tilfeller ved påvist cancer hvis det gjøres primær rekonstruksjon + kontralateral mastektomi, forutsetningen må da være at oppstart av adjuvant terapi ikke forsinkes.</p>	

<p><b>Retningslinjer for adjuvant behandling</b></p>	<p>Nye ASCO guidelines fraråder bruk av Ki67 i mellomgruppen. Reproduerbarheten er lite tilfredsstillende, også norske tall viser store variasjoner mellom ulike laboratorier. Inntil videre fortsetter vi å bruke Ki67 i mangel av andre metoder etablert her. Høye og lave Ki67 verdier vil være de nivåene vi lettest kan benytte til vurdering av behandlingsopplegget, mens verdier i midlere Ki67 nivå bør vurderes i forhold til øvrige histopatologiske svar. Det er åpnet for individuelle vurderinger i dialog med pasienten.</p> <p>Se også referatet under 1611. Det oppnevnes en arbeidsgruppe utgående fra Kjemoterapigruppen og Patologigruppen som skal se på proliferasjonsmarkører og relatere dem til molekylære metoder. Spesielt hva vi best kan benytte for å skille mellom Luminal A og B. Kjemoterapigruppen og Patologigruppen blir sammen enige om arbeidsform. Arbeidet oppstartes i høst.</p>	<p>Bjørn Naume/ Hans Petter Eikesdal/ Lars Akslen</p>
	<p>Østradiolmålinger – bør vi ha mer sensitive svar? Dette vil gjøre at man lettere kan vurdere pas som er perimenopausale/nylig postmenopausale og har stått på tamoxifen, for skifte og kontinuert bruk av AI. Dette er også spesielt viktig i analysen av pasienter som er premenopausale som kan være kandidater til å benytte goserelin + AI i stedet for goserelin + tamoxifen (monitorering av om suppresjon av ovarier er tilfredsstillende). Annen aktuell gruppe for ekstra sensitive målinger er menn som ikke tåler/ har kontraindikasjoner for tamoxifen. Det er imidlertid usikkerhet om hvilke metoder de enkelte laboratorier bruker og hvilken cutoff de praktiserer. Det sendes ut forespørsel til alle om at vi ønsker opplysninger om det enkelte sykehus sin østradiolmåling og sensitivitet. Følges opp videre i etterkant av dette.</p>	<p>Turid Aas/AU</p>

		<p><u>Behov for andre endringer?</u>          Innspill:          Cyp2D6 testing? Ikke evidens for nytte av slik testing.          Adjuvant endokrin terapi hos menn: Tamoxifen er standard. Ved kontraindikasjon AI. Bør goserelin i så fall legges til? Vi besluttet å lage et eget kapittel om brystkreft hos menn, ferdig til neste møte.</p> <p><u>Forlenget/ «extended» adjuvant endokrin terapi med AI?</u> Det ble på ASCO 2016 lagt fram data fra MA17R studien (ytterligere 5 år letrozol vs placebo etter initialt 5 års letrozol) , samt data fra EBCTCG om sene residiv (inntil 20 år) hos pasienter som har fått 5 års adjuvant endokrin behandling. MA17R viser sykdomsfri overlevelsegevinst (4%) ved forlenget behandling, størst hos høyrisikogrupper, men mest betinget i reduksjon i kontralateral cancer. Ingen effekt på totaloverlevelse. EBCTCG dataene viser at det er risiko for sene residiv og at dette er spesielt viktig for pasienter som vurderes som høyrisikopasienter.  <b>På bakgrunn av disse to studiene mener NBCG det er grunnlag for å vurdere forlenget AI hos pasienter med høy risiko og god tolerabilitet for medikamentene. Dette vil inkluderes i revidert handlingsprogram som ferdigstilles primo 2017.</b></p>	Turid Aas/Ellen Schlichting
	<b>Fertilitets-bevarende tiltak ved brystkreft</b>	Det ble lagt fram retningslinjer for fertilitetsbevaring ved brystkreft. Retningslinjene ble vedtatt og legges ut på hjemmesidene inntil de kan tas inn i Handlingsprogrammet.	
	<b>Brystkreft-kontroller – organisering og innhold</b>	Ingen endringer foreløpig	
		<p>Det ble diskutert kirurgi ved synkron (primær) metastatisk sykdom. Det foreligger 3 studier som ble lagt fram og diskutert på ASCO. Samlet konklusjon på disse var at primær kirurgi ikke har vist å gi bedre overlevelse, men må vurderes der man kan vente at lokal kontroll blir et problem og der hvor man ser at man får effekt av systemisk behandling.</p> <p><u>Endokrin terapi ved metastatisk sykdom:</u> Hos premenopausale pasienter med avansert, hormonfølsom brystkreft bør man vurdere kombinasjonsbehandling med goserelin og anti-østrogen/AI i første linje. Dette er tilnærming til ASCO nye guidelines. Men NBCG mener at dagens anbefaling om kun bruk av goserelin fremdeles er et alternativ.</p>	

<b>Arvelig brystkreft</b>	Innspill, behov for endringer i retningslinjene? Det har vært et møte i Hdir for å samordne nasjonal praksis for hvem som skal testes og hvilken testmetode som skal benyttes. På dette møtet var representanter for alle genetiske avdelinger i landet samt representanter for NBCG. Offisielt referat fra dette møtet er ikke kommet ennå.	
<b>Status EBCTCG, BIG</b>	Intet nytt.	
<b>NBCGs hjemmeside - status</b>	Er det nødvendig å legge oppdatering for kliniske studier på hjemmesiden? Vi fortsetter som nå, men bør få link til til Helsenorge.no.	
<b>Eventuelt</b>	Ingen saker	
<b>Neste møte:</b>	Onsdag 16. november i forbindelse med Onkologisk Forum	