

## Referat styringsgruppemøte NBCG

Tid: **Onsdag 20. november kl. 16.00 – 20.00**

Sted: Radisson Blu Hotel Norge, Bergen

### Til stede:

Erik Wist, Steinar Dahl, Torgunn Kursetgjerde, Bjørn Naume, Turid Aas, Hans-Petter Eikesdal, Terje Risberg, Steinar Lundgren, Helle Skjerven, Beate Boge, Kjetil Weyde, Viggo Funder, Ingvild Mjaaland, Håvard Søiland, Lars Akslen, Ellen Schlichting, Astrid Dalhaug, Anne Irene Hagen, Helge Espelid, Olav Erich Yri, Barbro Iversen, Berit Gravdehaug (i stedenfor Ida Bukholm), Hildegunn Vetti, Erling Bjordal.

**Ikke til stede:** Alf Frimann Rosenlund, Gunnar Tonvang, Ola Westerheim

13-20	Referat fra forrige møte.	Godkjent.
13-21	NBCG om økonomi og møter	330.943,- (NBCG konto); HD kontoen: 142.000,- etter årets bevilgning på 130.000,- fra HD. I etterkant har vi fått ytterligere 50.000,- fra HD (tilleggsbevilgning). Send inn reiseregningene raskt.  Det nasjonale fagmøtet ble avholdt på Forskningsbygget 14. juni med cirka 150 deltagere
13-22	NBCGs statutter	Nye statutter vedtatt, som reflekterer at styringsgruppens sammensetning nå inkluderer 1 plastikkirurg (Erling Bjordal, UNN) og 1 medisinsk genetiker (Hildegunn Vetti, HUS). I tillegg er det justert i forhold til at det på forrige møte ble vedtatt at styringsgruppen skulle ha en nestleder, som også har sekretærfunksjon. Videre er det lagt inn at styringsgruppen utnevner redaktør for nettsiden, som har møterett til AU møter.
13-23	Status protokoller med avsluttet inklusjon men fremdeles pågående analyser	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien)</b> (Lønning). 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 henvises til forrige møtes referat. Ingen ny informasjon om aktiviteten i studieanalysene ved dette møtet. Intet nytt, se forrige møtereferat.</li> <li><b>HERA</b> (Wist). Ingen nye publikasjoner siden foregående møte. Det henvises til tidligere referater for oversikt.</li> <li><b>NBCG 9 SATT studien</b> (Naume). 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. Totalt 1128</li> </ol>

		<p>pasienter ble inkludert. De deskriptive resultatene fra studien ble publisert i BMC Cancer (Synnøstvedt et al, desember 2012). Resultatene viser at DTC forsvinner hos cirka 3/4 av pasientene etter docetaxel-behandlingen og at pasienter med lobulære carcinomer har signifikant oftere persisterende DTC etter docetaxelbehandlingen, sammenlignet med pasienter med ductale carcinomer. End of study dato (dvs avslutning av klinisk follow up) var 30. November 2012. Endelig fil med follow up data er ferdig, og statistiske analyser gjennomføres for tiden. Initiale resultater viser at pasienter hvor DTC ikke lenger påvises etter docetaxelbehandlingen, har en god prognose sammenlignet med de med persisterende DTC. Videre er det planlagt å gjøre ytterligere primærtumoranalyser i studien, men det mangler fremdeles ressurser til å gjøre dette.</p> <p>4. <b>NOWAC-studien.</b> Rapport tilsendt fra Eilif Lund: "Vi sendte 20.11.2012 inn en patentsøknad for en genprofil i perifert blod tenkt som test for brystkreft. Testen er forskjellig fra Diagenics sannsynligvis fordi design er forskjellig (vi mener vår er langt overlegen). Patentsøknaden er under behandling og vi vet lite om hva som skjer. Vi må snart ta stilling til om den skal utvides internasjonalt. Artikkelen ligger til review i Breast Cancer Res. Det har tatt veldig lang tid fordi reviewer ønsket adgang til data. Etter en lang tid fant vi et repositorium for data styrt av Wellcome trust som gir oss kontroll over adgangen. Vedlagt en presentasjon gitt av Vanessa på en konferanse. Forsker Vanessa Dumeaux ser nå på sammenhengen mellom genuttrykk i blod og biopsi på diagnosetidspunktet. Hun sitter på McGill i en stor avdeling for bioinformatikk. En sidestudie er i gang for å sjekke i hvilken grad er genuttrykket på diagnosetidspunktet også uttrykk for kvinnens angst, bekymring generert i dagene eller ukene de må vente. Stress kan jo tenkes å påvirke genuttrykket. Denne studien gjøres i Bodø i samarbeid med mammografi enheten der (som hele tiden har vært svært interessant). Hovedarbeidet har det siste året gått med til å finne en måte å analysere de prospektive resultatene dvs endringer i genuttrykk før diagnosen. Vi er kommet ganske langt, men er igjen forsinket fordi det nok en gang er snakk om potensielle patenteringer. Bruken av DNA fra biopsiene skjer ved Radiumhospitalet. Vår hypotese om at det er signaler i blodet fra livsstilsfaktorer og den karsinogene prosess synes så langt ikke å være avkreftet."</p> <p>5. <b>NBCG12 (ALTO)</b> Adjuvant lapatinib and/or trastuzumab treatment optimisation study. A randomised, multi centre, open-label, phase III study of adjuvant lapatinib, trastuzumab, their sequence and</p>
--	--	--

		<p>their combination in patients with HER2 positive primary breast cancer (Sætersdal). Første analyse i studien er planlagt til første kvartal 2014. Sannsynligvis vil resultater presenteres på ASCO 2014.</p> <p>6. <b>NBCG13 (NeoALTTO)</b>(Naume) Neoadjuvant behandling med behandlingsarmer tilsvarende som i ALTTO studien. Resultater presenteres på SABCS 2013.</p> <p>7. <b>NeoAva</b> (Engebråten, OUS, St Olav) Neoadjuvant randomisert studie med bevacizumab (Avastin). <i>Ikke NBCG studie.</i> NeoAVA studien er nå lukket for inklusjon. Siste pasient ble inkludert juli 2012, og behandlet med kirurgi etter neoadjuvant behandling januar 2013. Databasen for selve studien er nå lukket (juli 2013), og de kliniske data fra studien gjort opp. Studien har inkludert 150 pasienter. Det er i kjemoterapi delen av studien inkludert 132 pasienter (66 i hver arm) og 12 pasienter i endokrin del av studien. Det pågår nå analyser av de molekylære markørene: Det er rensset DNA og RNA fra alle aktuelle prøver (tre tidspunkter pr pasient). Det er i tillegg rensset ut genomisk DNA fra blodprøver og gjort analyser av sirkulerende tumorceller på de fleste pasientene. mRNA mikroarray er kjørt på hele materialet, og normalisering og analyser pågår. I tillegg er SNP6 analyser og metyleringsanalyser pågående i DNA for hele materialet. Proteinlysate fra andre halvdel av materialet blir sendt til MD Anderson Cancer Center for RPPA analyser i uke 47/2013. Studien vil bli presentert på San Antonio Breast Cancer Symposium i desember (2013).</p> <p>8. <b>Algetastudien BC1-9</b> (OUS)(Naume). <i>Ikke NBCG studie.</i> Endokrint resistente pasienter med skjelettmetastaser som ikke har behandlingstrengende viscerale metastaser ble inkludert. Fase 2 studie. Pasientene fikk injeksjoner med alfaradin (bensøkende alfa-emitter). Resultater er klare. Konklusjon (i abstractet): <i>Radium-223 targets areas of increased bone metabolism and shows biological activity in advanced breast cancer patients with bone-dominant disease.</i> Manuskript er i ferd med å submittes.</p> <p>9. <b>CRAD001YIC04</b> (BALLET studien). <i>Ikke NBCG studie.</i> Everolimus i kombinasjon med Aromasin for pasienter som tidligere har progrediert på non-steroidal AI. Early access program. Toksisitet er endepunkt. 20 pasienter inkludert fra Norge. Stoppet i Norge 1. Oktober 2012 etter godkjenning av medikamentet. Går fremdeles i andre deler av verden, totalt 1668 pasienter er totalt inkludert per juni 2013. Studien forventes å avslutte inklusjon i slutten av 2013.</p> <p>10. <b>TH3RESA studien</b> (OUS)(T-DM1). <i>Ikke NBCG studie.</i> Randomisert 3.linje. Studie av pasienter med</p>
--	--	--

		<p>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-emasine). 2 pasienter inkludert. Resultater presentert på ECCO, med hvor T-DM1 viste betydelig effekt på DFS (HR 0.558), og OS (HR 0.369) i forhold til kontrollarmen.</p> <p>11. <b>Targit studien.</b> Intraoperativ strålebehandling vs konvensjonell strålebehandling. (Lundgren; St Olav) Inklusjon avsluttet (3400 pasienter totalt). St Olav har inkludert 112 pasienter. Avsluttet inklusjon og de 5 års oppfølgingen er nå publisert. Oppfølging fremdeles. Konklusjon: Sammenlignbare resultater med konvensjonell strålebehandling, men foreløpig kort oppfølgingstid (median 2.5 år). Trondheim vil gjøre en oppfølgingstudie (kvalitetssikringsstudie).</p>
13-24	Status studier med pågående inklusjon	<p>1. <b>EBBA-II studien</b> (NBCG14)(Inger Thune) 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. Piloten inkluderte 60 pasienter (Inkludert ved OUS, VV Drammen, St Olav). I desember 2013 har alle disse pasientene vært minimum 6 mnd i studien. Vi har derfor i januar 2014 et stort nok materiale til endelig å slutføre all evaluering av pilotstudien, og en egen etikk komité (Turid Ås/Terje Risberg/Tom Wilsgård) vil endelig kunne få den planlagte rapporten om EBBA-II studiens pilot). Dette fullføres i disse dager med klargjøring for databearbeiding.</p> <p>Etter inklusjon av de første 60 pasientene (pilot), har vi blant annet gjort justeringer mhp den fysiske aktivitetsintervensjonen. Vi har blant annet innført månedlige oppfølginger av lege i den 12 mndr. lange intervensjonen. Vi har i tillegg justert og inkludert flere livskvalitetsskjemaer (status basert på innsendt rapport fra Inger Thune).</p> <p>2. <b>DoseDense</b> (HUS) "Molecular markers predicting response to dose dense chemotherapy with epirubicin and docetaxel in sequence for locally advanced breast cancer")(Lønning). <i>Ikke NBCG studie.</i> 85 pasienter er inkludert. Enarmet. pCR rate på ca 12%, skjærbiopsi. Sannsynligvis seleksjon av pasienter med store</p>

		<p>tumores, som gir lavere pCR. Ser også på responsmålinger klinisk vs billeddiagnostikk. Planlagt inklusjon av 100 pasienter.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. <b>Kamilla studien</b> (T-DM1). (Wist). <i>Ikke NBCG studie</i>. Safety studie hvor T-DM1 benyttes i 2. linje eller senere etter tidligere bruk av annen type HER2-rettet behandling. På OUS er 12 pasienter inkludert.</li> <li>4. <b>SafeHER</b>. Studie av adjuvant Herceptin subcutant. (Wist). <i>Ikke NBCG studie</i>. Studien inkluderer pasienter ved OUS, SUS og Sørlandet SH. Inkludert 6 pasienter ved OUS, 8 pasienter ved SUS, 9 pasienter ved Sørlandet SH i cohort A og 6 pasienter i kohort B.</li> <li>5. <b>Hypofraksjonert strålebehandling</b> (Mjaaland; SUS, Sørlandet SH). <i>Ikke NBCG studie</i>. Studie av 2.67 Gy x 15 vs 2 Gy x 25 mot bryst etter BCT. Primært endepunkt er toksisitet. Studien pågår i Danmark, Tyskland og Norge. Over 60 pasienter inkludert ved SUS, ved Sørlandet Sykehus 10 pasienter. Sørlandet sykehus rekrutterer ikke lenger. Studien lukkes i løpet av desember.</li> <li>6. <b>ICORG 13-10</b>. TH vs THL (Sætersdal; OUS). 1. linje metastatisk HER2 positive. Paclitaxel + trastuzumab vs paclitaxel + trastuzumab + lapatinib. 4 pasienter inkludert ved OUS.</li> <li>7. <b>Belle-3</b> (metastatiske pasienter, etter progresjon på aromatasehemmer+everolimus)(PI i Norge: Lønning). Faslodex +/- PI3K hemmer (BMK120). 2 sites i Norge (HUS og OUS). <i>Ikke NBCG studie</i>. Status: Ingen inkludert så langt ved OUS. 2 pasienter inkludert ved HUS.</li> <li>8. <b>BROCADE studien</b> (AbbVie M12-895). "A Randomized, Phase 2 Study of the Efficacy and Tolerability of Veliparib in Combination with Temozolomide or Veliparib in Combination with Carboplatin and Paclitaxel Versus Placebo Plus Carboplatin and Paclitaxel in Subjects with BRCA1 or BRCA2 Mutation and Metastatic Breast Cancer" (HUS)(Hans Petter Eikesdal). <i>Ikke NBCG studie</i>. 1 pasient er inkludert.</li> <li>9. <b>NeoBCT studien</b> (Naume; OUS). Safety of breast conserving treatment in locally advanced breast cancer receiving neoadjuvant treatment (NeoBCT). Studien ble støttet av nbcg ved foregående styringsgruppemøte. Den er nå startet opp ved OUS, samt at St. Olav og HUS er positive til deltagelse. Plan om å inkludere pasienter i cirka 1 år fremover.</li> </ol>
13-25	Nye studier?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>MONA-LEESA 2</b>. <i>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</i>. NBCG støtter studien og det er</li> </ol>



		<p>avklart at vi har mulighet til å delta. 4 universitetssykehus har så langt ønsket å delta, Ahus har ikke gitt tilbakemelding ennå. Møte med Novartis, som er studiesponsor, ble avholdt dagen etter. Det planlegges å sende inn protokoll til etisk komite i desember, og mål er at pasientinkluderingen i Norge vil starte i mars 2013. PI for studien i Norge blir Ida Rise Svanberg (Kreftavd, HUS).</p> <p>2. <b>Olaparib Early Breast Cancer Adjuvant study</b> (BIG 6-13, D081CC00006) (<i>A randomised, double-blind, parallel group, placebo-controlled multi-centre Phase III study to assess the efficacy and safety of olaparib versus placebo as adjuvant therapy in BRCA mutated high-risk HER2-negative primary breast cancer patients who have completed definitive local and systemic neoadjuvant/adjuvant treatment</i>) Studien vil prøve ut olaparib hos BRCA muterte TN pasienter i adjuvant setting. (feasibility er sendt inn fra NBCG til BIG). Foreløpig har vi ikke fått noen tilbakemelding fra BIG.</p>
13-26	Blåboka/ Nasjonalt handlingsprogram/ Helsedirektoratet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Revisjon av handlingsprogrammet</b> basert på endringer vedtatt på styringsgruppemøte i juni 2013, samt forespeilet revisjon av radiologi og patologirelaterte problemstillinger (se senere), ble gjennomgått og i prinsippet godkjent. Det ferdigstiltes endringer i handlingsprogrammet på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utredning og diagnostikk av brystkreft og premaligne lidelser (radiologi og patologi)</li> <li>○ Kirurgisk behandling av brystkreft</li> <li>○ SN diagnostikk lokalavanserte</li> <li>○ BCT indikasjoner ved DCIS (øvre grense for tumorstørrelse er fjernet)</li> <li>○ Stråleterapi (hypofraksjonert behandling)</li> <li>○ Adjuvant systemisk behandling (inkl ny behandlingsalgoritme)</li> <li>○ Endokrin behandling av metastatisk brystkreft</li> <li>○ Ikke hormonell behandling av metastatisk brystkreft</li> <li>○ Risikoreduserende mastectomi</li> </ul> <p>Men det vil legges inn noen mindre tillegg/justeringer, som kom frem under styringsgruppemøtet, inkludert klargjøring av kontrollopplegget etter behandling av premaligne lidelser (LCIS, DCIS, ADH) og presisering knyttet til billeddiagnostisk oppfølging ved BRCA mutasjoner. (side 10).</p> </li> <li>• Blåboka vil erstattes av nasjonalt handlingsprogram. Html versjonen av handlingsprogrammet er meget brukervennlig. Samtidig er det avklart tidligere at NBCG kan legge inn anbefalinger i handlingsprogrammet som ikke er gjennomgått endelig i "System for vurdering av nye metoder i spesialisthelsetjenesten". Det vil da kun legges til</li> </ul>

		<p>en setning med denne opplysningen. Vår nettside vil inkludere link til html versjonen (og pdf versjonen) av det nasjonale handlingsprogram.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "System for vurdering av nye metoder i spesialisthelsetjenesten". NBCG har meldt inn everolimus, eribulin og pertuzumab til "System for vurdering av nye metoder i spesialisthelsetjenesten". I tillegg har T-DM1 blitt meldt inn via firma. Ingen tilbakemelding foreligger ennå. Det ble diskutert om nye genprofiler til bruk for klassifisering/prognostisering/prediksjon ved brystkreft (for eksempel Oncotype Dx, Mammaprint, PAM50-ROR), bør meldes inn til Helsedirektoratet, som aktuelle tester for mulig fremtidig bruk i klinikken. En mulighet er sende inn i System for vurdering av nye metoder i spesialisttjenesten. Styringsgruppen kom ikke frem til noen konklusjon vedrørende dette.</li> <li>• Brev fra HD vedrørende patologi i nasjonale retningslinjer ble fremlagt, vi har allerede et fungerende samarbeid med Brystkreft Patologigruppen, for utarbeidelse av handlingsprogram mm, noe som var kjernen i brevets innhold.</li> <li>• Brev fra Norsk Lymfødemforening til HD ble fremlagt som informasjonssak.</li> </ul>
13-27	Nasjonalt brystkreftregister – status	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologi mamma i NBCR ferdig registrert t.o.m 2011, 2012 halvferdig</li> <li>• Innsendte kliniske meldinger: 15 500 <ul style="list-style-type: none"> <li>– 17 av 19 kirurgiske avdelinger registrerer dd</li> <li>– 15 HF har registrert minst en onkologisk melding</li> </ul> </li> <li>• Ny versjon av Klinisk melding i desember 2013</li> <li>• Radiologimodul (utvidelse av mx screening) ferdig testet og tatt i bruk juni 2013</li> <li>• NBCR fikk status som Nasjonalt Kvalitetsregister april 2013</li> <li>• Felles statutter/retningslinjer for Kvalitetsregistre på kreftområde vedtatt og en Referansegruppe for NBCR ledet av Bjørn Naume ble etablert i mars 2013</li> <li>• Online rutinerapporterer under utvikling, klar rett over nyttår</li> <li>• Metodikk for uttrekk av kliniske data fra NBCR fra forskjellige sykehus er utviklet og godkjent av personvernombudet i OUS</li> </ul> <p>Andre forhold</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Datatilsynet har pålagt Kreftregisteret å stanse all tilbakeføring av identifiserbare personopplysninger til innrapporterende virksomheter som ikke har konsesjon fra Datatilsynet eller er forhåndsgodkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Kreftregisteret er svært opptatt av at virksomhetene fortsatt skal kunne få tilbakeført kvalitetskontrollerte data fra Kreftregisteret til</li> </ul>

		<p>oppfølging/kvalitetssikring av egne pasientdata. Kreftregisteret vil derfor foreslå at tilbakerapportering av kvalitetskontrollerte data fra meldepliktige virksomheter hjemles i Kreftregisterforskriften, tilsvarende den bestemmelsen som fremgår i Hjerter- og karforskriften». Dette gjelder tilbakeføring av rådata tilbake til journalsystemet. Det gjelder altså ikke utlevering av data til forskningsprosjekter eller utarbeidelser av rapporter/tabeller. Ny lovgivning om helseregistre er nå på høring. Det forventes at endring i Kreftregisterforskriften ikke vil skje før denne loven er innført.</p> <p>Rapportering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Som nasjonalt kvalitetsregister har NBCR krav på seg om publisering av årsrapport. Rapport uten resultater ble sendt inn i oktober etter bearbeidelse av Bjørn N. og Kreftregisteret. Rapporten er strukturert etter en felles mal for alle kvalitetsregistre, utarbeidet av SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering), og er todelt. Første del er en standardisert beskrivelse av registeret og registerets aktiviteter. Andre del er såkalt «tradisjonell» årsrapport med resultater fra registeret. NBCR har foreløpig ikke stort nok datagrunnlag for publisering av resultater. Struktur på tradisjonell årsrapport: AU har ansvaret for utforming av rapporten. Det bør velges et fåtall (2-3), relevante, viktige analyser, fra hver av det 5 punktene under. De foreslåtte analysene legges dette frem for resten av referansegruppen. Rapporten skal inneholde: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Administrative data</li> <li>– Kirurgi</li> <li>– Onkologi</li> <li>– Radiologi</li> <li>– Patologi</li> </ul> </li> <li>• Det er viktig å formidle at sykehusene er forskriftsmessig pliktig til å registrere elektronisk inn til NBCR, og informere om viktigheten og gevinsten av innrapporteringen.</li> <li>• Informasjon til allmennheten om resultater fra kvalitetsregistre publiseres fra 11. november på <a href="http://www.kvalitetsregistre.no">www.kvalitetsregistre.no</a>.</li> <li>• En del av foreslåtte onkologiendringer må avventes til neste endringstidspunkt</li> <li>• Plan mot sykehusene: Brev til alle sykehus fra Kreftregisteret om elektroniske innsendelse av kreftmelding. Besøk på sykehusene: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Organisere avtaler med hvert sykehus i løpet av november/desember</li> <li>– Alle møtene bør holdes i løpet av første kvartal neste år</li> </ul> </li> </ul>
13-28	Rapport fra/innsjutt til ansvarsgruppene	<p><b>Patologigruppen</b> (Elin Mortensen (Helse Nord), Marianne Brekke (Helse Midt), Lars A. Akselen (Helse Vest), Jon Lømo, Peter Blom og Per Bøhler (Helse Sør Øst)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hadde møte med AU i forkant av styringsgruppemøtet.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Status HER2 – ny gjennomgang (monitorering) planlegges, møte tidlig høst 214; IHC vs FISH Oppdatering av Ki67 retningslinjer er utført i 2013, det planlegges å monitorere Ki67 resultater på samme måte som for HER2. Cut-punkt for Ki67er en utfordring, man bør overvåke egne tall og nasjonalt. Genprofiler – Patologigruppen har ikke diskutert dette ennå, men er villig til å se på det med tanke på kunne nærme seg bruk av enkelte av testene i Norge. Orientering av preparater, nye tusjeteknikker (kfr referat fra juni) som er testet på OUS, patolog ved OUS meget fornøyd. Patologigruppen vil støtte arbeidet med å bredde ut dette systemet i Norge.</li> </ul> <p><b>Radiologigruppen</b> (Hildegunn Aase (BDS Haukeland universitetssykehus), Solveig Roth Hoff (BDS Ålesund sjukehus), Linda Romunstad (BDS Vestre Viken), Lars Henriksen (BDS Lillehammer), Enno Rodegerdts, Nordlandssykehuset, Barbro Iversen (BDS Stavanger)):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hadde møte med AU i forkant av styringsgruppemøtet.</li> <li>• Radiologigruppen har endret handlingsprogrammet knyttet til radiologiundersøkelser Teksten er justert, men ingen store endringer. Mer konsistens mellom forskjellige kapitler ndg diagnostikk/radiologi.</li> <li>• Vedrørende pasientinformasjon på Kreftforeningens hjemmesider og <a href="http://www.helsenorge.no">www.helsenorge.no</a>, knyttet til hva som er symptomer på brystkreft (kfr referat fra forrige møte). Formulering, slik den nå står i vårt handlingsprogram, sendes til respektive steder.</li> <li>• Det står intet om potensiell mammografiscreening kvinner mellom 40 og 50 i handlingsprogrammet, dette vil arbeides med videre.</li> <li>• Barbro Iversen og Ellen Schlichting går gjennom kontrollopplegg for forstadier, atypier og cancer, for å harmonisere dette. Vil legges inn i Kontroll-kapitlet.</li> <li>• Hildegunn Vetti ser gjennom radiologi ift arvelig kreft problemstilling i etterkant.</li> </ul>
13-29	Lokoregional stråleterapi	<p><b>Fraksjonering ved DCIS i lys av våre nye anbefalinger om hypofraksjonert behandling:</b> Det ble ikke konkludert vedrørende dette, vil diskuteres på ny ved møtet i juni 2014.</p> <p><b>Status for gating utstyr ved stråleterapisentrene:</b> Gjøvik har ikke (men vil få, ved oppgraderingen av utstyret), Trondheim, Kristiansand kommer snarlig, resten har</p> <p><b>Betydning av intramammær lymfeknutemetastase (ved negativ SN) og stråleterapi:</b> Selv om intramammær lymfeknutemetastase rubriserer pasienten som pN1 og derfor adjuvant behandling i tråd med dette stadium i tillegg til primærtumorkarakteristika, anbefales ikke på generelt grunnlag strålebehandling med utgangspunkt i dette funn.</p>

		<p>Dette betyr at det vanligvis ikke vil gis stråleterapi dersom det er utført ablatio og negativ SN. Ved BCT, strålebehandling i tråd med dette. Det finnes ingen publiserte anbefalinger knyttet til stråleterapi ved kun intramammær positiv lymfeknute.</p> <p><b>Strålebehandling etter primær rekonstruksjon.</b> Status for arbeidet med retningslinjer. Det har vært avholdt et utredende møte med plastikkirurger, onkologer, kirurg, strålefysikere. Det er enighet om å unngå hyperinflatering, men ikke enighet om retningslinjer for øvrig. Det trenges ytterligere avklaring før dette kan nedtegnes. Det planlegges reise til Karolinska, som har holdt på med primærkonstruksjon etterfulgt av stråleterapi over lengre tid, med plastikkirurg, onkolog, kirurg, - før vi lager retningslinjer.</p> <p>St. Olav: Har problemer med spredt stråling, som gjør at det er vanskelig å overholde grense på 2 Gy i middeldose. Det planlegges en reise til OUS, for å se gjennom behandlingsopplegget der, og sammenholde med opplegget på St Olav.</p>
13-31	NBCG's retningslinjer for adjuvant behandling	<p><b>Gjennomgang av de nye retningslinjer vedtatt juni 2013.</b> Styringsgruppen mente det ikke var behov for endringer i retningslinjene, bortsett fra en liten justering i ordlyd i den tabellariske oversikten. I tillegg ble diskutert grunnlaget for å kunne vurdere bruk av genprofiler i beslutninger knyttet til bruk av adjuvant systemisk behandling. Vi kom ikke til noen ytterligere klargjøring av dette nå, men vi erkjenner at det i enkeltsituasjoner er noe det kan bli spørsmål om.</p> <p><b>Bruk av G-CSF som primærprofylakse mot febril neutropeni.</b> Det har kommet inn brev fra Amgen blant annet knyttet til EORTC's retningslinjer for bruk av G-CSF, hvor det anbefales bruk av dette ved høy risiko for febril neutropeni (&gt;20%) eller midlere risiko for febril neutropeni samtidig med tilstedeværelse av komorbiditetsfaktorer. Det ble ikke tid til å gjennomgå dette tema på vårt styringsgruppemøte, og AU diskuterte det kun kort i forkant. Problemstillingen vil diskuteres på neste styringsgruppemøte.</p>
13-32	NBCG's retningslinjer for behandling av residiv/metastaser	<p>Kort gjennomgang av de nye retningslinjer vedtatt juni 2013. Det ble ikke foretatt endringer i anbefalingene. Perjeta (pertuzumab) i kombinasjon med trastuzumab og docetaxel ble tatt inn i våre retningslinjer i juni. Perjeta er tatt i bruk i Sverige og Danmark.</p>
13-33	Håndtering av tannproblemer ved bisfosfonat-behandling.	<p>Diskusjon av forslag fra Hans Petter Eikesdal til norske retningslinjer vedrørende tannproblemer og bisfosfonatbehandling hos pasienter med brystkreft. Styringsgruppen støtter innspillet og forslaget til skriv om håndtering, men det er ønsket å skille ut retningslinjer adjuvant zoledronsyre, samt å korte ned skrivet noe. Hans Petter</p>

		justerer og sender til AU for godkjenning, før han sender til Tannlegeforeningen. Etter tilbakemelding derfra vil de endelige retningslinjene godkjennes.
13-34	Arvelig kreft	<p>Behov for gjennomgang av våre retningslinjer? Følges retningslinjer? Genetiker ser gjennom handlingsprogrammet og gir tilbakemelding. Eventuelle endringer vil sannsynligvis først vedtas på møtet i juni 2014.</p> <p>Gentest: Det er varierende erfaring med hvor lang tid det tar for å få svar på gentest. Det er viktig at det skrives gode opplysninger når gentest rekvireres. Foreløpig er det "hurtigtester" som dominerer, men dypsekvenseringsteknikker forventes etter hvert å overta, og etter hvert bli billigere. Takstsystemet for gentester er ikke godt, det tilkommer en fylkestakst som øker prisen med x 2-3 hvis prøvesvaret sendes ut av sykehuset der testen tas. Vi trenger en prisoversikt.</p> <p>Informasjonsskriv/samtykkeskriv for gentest oppfattes å være adekvat, men samtykketeksten bør skrives om noe. Hildegunn Vetti justerer og sender tilbake. Deretter sendes skrevet ut til styringsgruppen.</p>
13-35	Status EBCTCG, BIG	Det ble ikke tid til å gjennomgå dette punktet.
13-36	NBCGs hjemmeside	<p>Oppdatering av nettsidene har måttet avvete at OF har endret plattformen for sin nettside (som nå er avsluttet). Arbeidet med å endre våre nettsider vil starte i nær fremtid. Nettsiden vil inneholde oppdateringer/nyheter knyttet til retningslinjer og annet fagstoff, presentasjoner, referater, publikasjoner, oppdatering fra møter, etc. Olav Yri har tidligere fått vervet som redaktør, og vil være sentral i arbeidet med nettsiden fremover. Det vil snarlig avtales et møte mellom Moya Berli (OF), Vidar Petterson ("IT ansvarlig" for OF sine hjemmesider), Olav Yri, Erik Wist og Bjørn Naume.</p> <p><i>Anmerkning i etterkant: Første møte vil avholdes 20. desember.</i></p> <p>Oppdatering av ansvarsgruppene på nett vil skje samtidig med at arbeidet med den nye nettsiden vil gjøres, ansvarsgruppene sammensetning er følgende:</p> <p><b>Kirurgi:</b> Turid Aas (HUS), Ellen Schlichting (OUS), Gunnar Tonvang (SI Hamar), Helle Skjerven (VV Drammen)</p> <p><b>Medikamentell kreftbehandling:</b> Erik Wist (OUS), Bjørn Naume (OUS), Hans Petter Eikesdal (HUS), Steinar Lundgren (St Olav)</p> <p><b>Stråleterapi:</b> Erik Wist (OUS), Bjørn Naume (OUS), Hans Petter Eikesdal (HUS), Ingvild Mjaaland (SUS)</p> <p><b>Patologi:</b> Elin Mortensen (UNN), Marianne Brække (St Olav), Lars A. Akselen (HUS), Peter Blom (Ahus) Jon Lømo (OUS), og Per Bøhler (OUS).</p> <p><b>Billeddiagnostikk:</b> Hildegunn Aase (BDS HUS), Solveig Roth</p>



		Hoff (BDS Ålesund), Linda Romunstad (BDS VV Drammen), Lars Henriksen (BDS Lillehammer), Enno Rodegerdts (Nordlandssykehuset), Barbro Iversen (BDS SUS).
13-37	Eventuelt	Neste styringsgruppemøte blir den 12. juni på Radisson Blu Airport Hotel Gardermoen. Nasjonalt fagmøte avholdes på Forskningsbygget Radiumhospitalet dagen etter. <b>Hold av datoene.</b>

**Oslo 05.12.13**

Erik Wist, sign  
Leder NBCG

Bjørn Naume, sign  
Sekretær/Nestleder NBCG