

NBCGs oversikt over anbefalt endokrin behandling ved metastaser gjeldende fra 1. September 2013

Ved premenopausal status anbefales LHRH agonist, deretter videre behandling som for postmenopausale.

Det er anført flere anbefalte behandlingsvalg i behandlingslinjene, da det ikke foreligger sikre data som tilsier at en spesiell behandlingsrekkefølge bør følges. I noen tilfeller kan det være aktuelt å starte behandling i tråd med behandlingslinje 2+3 nedenfor.

	Medikament	Spesifikasjon	Kommentar
Behandlingslinje 1	Aromatasehemmer (AI)	Ikke aktuell ved kort sykdomsfritt intervall etter adjuvant AI.	¹ Effekten av fulvestrant oppfattes sammenlignbar med AI. Tamoxifen er et sekundært alternativ, men oppfattes å ha noe mindre effekt sammenlignet med AI
	Fulvestrant (500 mg/dose ¹)	Ikke førstevalg ved kort sykdomsfritt intervall etter adjuvant tamoxifen. ³	
Behandlingslinje 2+3	Eksemestan + everolimus	Dersom tidligere progresjon på letrozol/anastrozol	Behandlingsvalg i 2. og 3. linje kan være avhengig av individuell vurdering av hva som vil være til nytte for den enkelte pasient (inkludert sykdomsstadium, forventet effekt og bivirkningsnivå) *Steroidal AI kan benyttes etter progresjon på non-steroidal AI (eller motsatt)
	Tamoxifen + everolimus	Dersom tidligere progresjon på AI og eksemestan ikke er aktuelt behandlingsvalg	
	Aromatasehemmer*	Dersom tidligere ikke benyttet eller kun en type AI er benyttet tidligere og everolimus ikke er ønsket behandling	
	Fulvestrant (eller tamoxifen)	Dersom tidligere ikke benyttet	
Behandlingslinje 4 og videre	Et av de behandlingsvalg som ikke er benyttet tidligere		
	Megestrol Acetat		
	Østrogenbehandling		Hvis aktuelt, bør slik behandling styres av onkolog med spesialkompetanse i endokrin terapi.