

Nytt fra NBCG etter styringsgruppemøte 15.06.2017

For oversikt over alle nyheter og vedtak, konferer referatet fra vårt styringsgruppemøte.

Endring av retningslinjene for axillekirurgi etter neoadjuvant behandling hos pasienter som før terapi var cN1 og er blitt ycN0 etter behandlingen.

Det ble vedtatt at aksilledisseksjon (AD) kan utelates hos pasienter som før terapi var cN1 og etter terapi blitt ycN0.

Forutsetninger:

- cT2 eller cT3 (ikke cT4)
- cN1 (ikke cN2/N3)
- Det brukes både fargestoff og radioaktivt stoff
- Det gjøres AD dersom sentinel node (SN) prosedyre mislykkes
- Det gjøres AD for positiv SN, også mikrometastaser (men ikke ITC)
- Minst 3 SN fjernes (gir lavere andel falsk negativ SN, 7-9 %); (palpable, makroskopisk unormale lymfeknuter inkludert)*

Utdypende kommentar spesielt knyttet til pasienter med cT2 tumores: Stadig flere pasienter i denne gruppen får neoadjuvant behandling (spesielt i studier). Dersom de etter neoadjuvant behandling har mikrometastaser i SN skal det gjennomføres AD,,selv om cT2 tumores uten neoadjuvant behandling ikke trenger det ihht Z0011 studien. Årsaken er at hos disse pasientene oppfattes ikke responsen på den neoadjuvante behandling som god nok (fortsatt tilstedeværende mikrometastaser)..Vanligvis skal de heller ikke ha strålebehandling mot regionale lymfeknuter, i motsetning til pasienter med cT3 tumores.

Forslag til endring av retningslinjer vedrørende kontraindikasjoner ved brystbevarende kirurgi (BCT) ved to eller flere tumores i ulike kvadranter/sektorer i bryst

Det har tidligere kun vært anbefalt å gjøre BCT dersom to eller flere tumores var beliggende i samme sektor/kvadrant.

Det ble nå åpnet for å kunne gjøre BCT selv om det er to eller flere tumores i ulike sektorer av brystet. Dette kan eventuelt kreve to snitt. I praksis vil det oftest dreie seg om to (og ikke flere) tumores.

Kirurgi i bryst etter neoadjuvant behandling (tillegg)

Mikroforkalkninger som gjenstår på rtg mammografi etter neoadjuvant behandling bør være med i resektatet/ablasatet.

Kontralateral mastektomi

En setning i kapittelet om rekonstruksjon endres til «Det er ikke generell indikasjon for profylaktisk fjerning med eller uten rekonstruksjon av kontralateralt bryst ved diagnose brystkreft. Pasienten må informeres om at det ikke bedrer overlevelsen.»

Behandling av isolerte ipsilaterale residiv etter BCT

Skal gås gjennom og revideres til høstens møte evt. etter San Antonio hvor dette står på programmet.

Type implantater og utvikling av lymfom (ALCL).

Sjelden tilstand (ALCL) som presenterer seg som seromdannelse omkring kapselen etter flere år. Diagnostikk: Aspirasjonscytologi/immunhistokjemi mot CD-30. God prognose. Vedtatt å legge inn informasjon om dette i handlingsprogrammet slik at BDS med radiologer og kirurger kjenner til tilstanden og hvordan den diagnostiseres.

Forlenget cardial monitorering etter avsluttet trastuzumab nødvendig?

I og med at de fleste hendelser kommer i løpet av 1. året og det er få hendelser senere, synes gevinsten svært liten ved lenger monitorering enn til avsluttet trastuzumab hos pasienter som har normal LVF ved endt behandling. Viktig med god informasjon til pasienter og fastleger. Ekstra påpasselig bør en være hos pasienter som også mottar antracyclinbehandling og hos pasienter som har hatt eller er særlig disponert for hjertesykdom.

Bruk av benresporpsjonshemmere hos premenopausale pasienter som mottar LH/RH agonist i kombinasjon med aromatasehemmer (AI) eller tamoxifen

Hos pasienter < 55 år som får LH/RH agonist og AI/tamoxifen er det forventet så stort tap i benmasse ved 5 års behandling at bisfosfonatbehandling med zoledronsyre hver 6. mnd anbefales. Det skal gis calcium/vitamin D i tillegg.

Neoadjuvant behandling. Til flere? Endringer i hvem som skal behandle?

Det ble vedtatt å sette ned en arbeidsgruppe som kommer med en anbefaling vedrørende begge disse spørsmål til høstens møte.

Utkast til nytt kapittel om arvelig brystkreft ferdigstilt og vedtatt

De viktigste endringer:

Alle < 60 år med brystkreftdiagnose bør tilbys BRCA1/2 test, Øvre aldersgrense for rutinemessig MR: 70 år, deretter mammografi så lenge pasienten er frisk nok. Konferer kapittelet for ytterligere oversikt. Dette legges ut på nettsiden inntil det blir innlemmet i det neste reviderte handlingsprogram.