

## Referat fra møte i styringsgruppemøte NBCG

Tid: Onsdag 15.11.2017 kl 16-20

Sted: Holmenkollen Park Hotell, Nobel

AU (Bjørn Naume, Hans Petter Eikesdal, Steinar Lundgren, Turid Aas) møtte kl 10

**Tilstede:** Solveig Roth, Helge Espelid, Ingvild Moberg, Christian Korvald, Eskil Fluge, Helle Skjerven, Linda Romundstad, Alf Frimann Rosenlund, Hildegunn Høberg Vetti, Torgunn Kursetgjerde, Sverrir Olafsson (for Terje Hasselgård), Jon Lømo, Lars A Akslen, Jurgen Geisler, Kristin V Reinertsen, Egil Blix, Ingvil Mjaaland, Berit Gravdehaug, Tor Jensen, Geirfinn Vagstad, Bård Mannsåker, Bjørn Naume, Steinar Lundgren, Hans Petter Eikesdal, Turid Aas

**Fravær:** Lisa Steffensen, Ketil Weyde, Ellen Schlichting, Terje Hasselgård (Sverrir Olafsson møtte i stedet), Anne Irene Hagen, Håvard Sjøiland

Sak nr	Hovedpunkt	Underpunkt
1719	<b>Referat fra forrige møte</b>	Ble godkjent uten kommentarer
1720	<b>NBCGs økonomi og møter</b>	<p>Økonomi: Status pr i dag er et underskudd på kr 24 966. Tilskudd fra Hdir utgjorde kr 230 000. Kostnader hittil i år kr 183 439,-. I tillegg har vi et underskudd fra 2016 på kr 71 528,- (totalt kr 254 967,-). Man vil søke om økt bevilgning for 2017, for å komme i balanse. Om man ikke får mer, må man se på innsparingstiltak. Leder kommuniserer med Hdir.</p> <p>Saldo på gml konto: kr 336 374. Inntekt så langt i 2017 kr 33 743 fra studier, utgifter kr 25 311 til hjemmesiden.</p> <p>Fagmøte holdes i forbindelse med Onk Forum, godt frammøte (notert i etterkant). (Program på hjemmesiden Onk Forum)</p>

**detteNorsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG**

Leder: Bjørn Naume, Avd for Kreftbehandling, OUS, Radiumhospitalet, 22934000, bna@ous-hf.no

Nestleder: Turid Aas, Avdeling for Bryst og endokrinkirurgi, Haukeland Universitetssykehus, turid.aas@helse-bergen.no

1721	<b>NBCGs statutter og organisering</b>	<p>Ny arbeidsgruppe innen plastikk/ brystkirurgi er opprettet  Representanter: Ellen Schlichting (leder), Helle Skjerven, Christian Korvald, Bjørn Tore Haga, Kristin Reinertsen. Planlegger første møte over jul.  Korvald erstatter også Erling Bjordal i styringsgruppen</p>
		<p>Det pågår arbeid med opprettelse av Nasjonalt forskningsnettverk innen brystkreft – søknad utgår fra Regional forskningsnettverk for brystkreft i HSØ og det er søkt om midler for å etablere et nasjonalt nettverk som planlegges å ha deltagere fra alle regioner.  Styringsgruppen er positiv til dette og mener dette nettverket bør framstå som en nasjonal gruppe med valgt ledelse og evt arbeidsutvalg. I tillegg bør det etableres gode kommunikasjonskanaler mellom NBCG og nettverket.</p>
1722	<b>Status protokoller med avsluttet inklusjon men fremdeles pågående analyser</b>	<p>NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien) (Per E Lønning). Intet nytt.</p> <p>NBCG 9 SATT studien (Bjørn Naume). Subklassifisering av cirka 180 av pasientene med Prosigna test. Data er ikke ferdigstilt ennå. Utvalgte DTC-positive pasienter er analyser med dormancy markør (NR2F1) i sammen med pasienter fra to andre studier. Det planlegges analyser av benmargsplasma for «pro-dormancy» cytokiner. Samarbeid med Julio Aguirre-Ghiso (Mount Sinai, New York). Det planlegges i tillegg analyser av tamoxifenmetabolitter i plasma, med sammenligning med tilbakefallsfri overlevelse.</p> <p>NOWAC-studien (Eilif Lund). Vanessa Dumeaux og medforfattere har nettopp publisert en analyse av genekspressjon i blod og tumor der prøvene er tatt samtidig (PLOS Computational biology).</p> <p>NBCG12 (ALTTO) (Anna Sætersdal) Presentert på ESMO om prognostisk betydning av terapiindusert amenore (TIA). Resultatene viste at TIA gir økt DFS og OS.</p> <p>NBCG13 (NeoALTTO)(Bjørn Naume)  Det er innsendt oppdatering av NeoALTTO studien til JAMA Oncology. Resultatene viser at</p>

	<p>pasienter med pCR har en signifikant høyere EFS og OS sammenlignet med pasienter som ikke oppnådde pCR (for hele cohorten og for ER negative).</p>
	<p>SafeHER (OUS, SUS, Sørlandet)(Kristin Reinertsen) 27 pas til FU i Norge. Alle er ferdig med behandling. Siste pas ute av studien i mars 2019.</p>
	<p>TH3RESA studien (OUS)(T-DM1)(Bjørn Naume) Avsluttet og publisert.</p>
	<p>Targit studien (St Olav) (Steinar Lundgren) 111 pas fra St Olav, alle har vært observert i 5 år, totalt 3451 inkludert i studien, avventer ny oppdatering og publikasjon.</p>
	<p>NeoAva (OUS + St Olav)(Olav Engebråten). Studiens hovedresultater knyttet til klinisk respons (pCR) og genespresjonresultater er nylig publisert: The Longitudinal Transcriptional Response to Neoadjuvant Chemotherapy with and without Bevacizumab in Breast Cancer. (Silwal-Pandit L et al, CCR 2017). I tillegg er en studie av fatigue også publisert: Fatigue during and after breast cancer therapy – a prospective study (Reinertsen et al, 2017)</p>
	<p>KAMILLA (T-DM1)(OUS)(Kristin Reinertsen) 24 inkludert, 2 pasienter får fremdeles studiemedisin. 1 pasient behandles nå på lokalsykehus og valgte å gå ut av studien.</p>
	<p>Hypofraksjoneringsstudien (SUS, Sørlandet)(Ingvil Mjaaland). Intet nytt.</p>
	<p>NeoBCT studien (Bjørn Naume) Planlegges analysert sammen med Neo-BCT2 studien.</p>
	<p>MONA-LEESA 2 (Hans Petter Eikesdal, HUS) Avsluttet. Substudie publisert for pasienter over 65 år i</p>

		2017: Sonke et al. BrCaResTreat 2017. Studien taler for god tolerabilitet og effekt av behandlingen også i denne aldersgruppen.
		BERENICE (Hege Oma Ohnstad, OUS). Intet nytt. 10 pasienter er i FU.
		KAITHLIN (Olav Engebråten) 8 pasienter i FU.
		DoseDense (HUS)(Per E Lønning). 106 pas i FU Holder på å gjøre opp data
		EBBA2 studien (NBCG14)(OUS, St Olav, VV Drammen)(Inger Thune). Inklusjon avsluttet etter 3 år. Inkludert 590 pas. 7 % har trukket seg.
		BELLE-3 (etter progresjon på everolimus)(Per E. Lønning). Resultatet av studien nylig publisert i Lancet Oncol (Di Leo et al, Lancet Oncol, 2017). 2 mndr. lenger PFS dersom PI3K hemmeren buparlisib ble lagt til fulvestrant, men med betydelige bivirkninger av buparlisib.
		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) Inklusjon avsluttet. 4 inkludert
1723	<b>Status studier med pågående inklusjon</b>	PETREMAC studien. PErsonalized TREAtment of high-risk MAMmary Cancer. Neoadjuvant behandling av høyrisik brystkreft, basert på IHC4 kriterier + TP53 mutasjonsstatus. Multisenterstudie. (Hans Petter Eikesdal). 117 pasienter inkludert.

	<p>Improved Breast Cancer Therapy (I-BCT-1) in the Neoadjuvant and Metastatic Setting. I-BCT studien (Olav Engebråten). Inkludert 84 pasienter i neoadjuvant del, 5 i metastatisk del.</p>
	<p>Breast conserving surgery (BCT) after neoadjuvant therapy for large primary breast cancer (T2-T3) with infavourable tumor-to-breast size ratio(NeoBCT-2). <i>Kun aktuell ved inklusjon i I-BCT studien.</i> PI: Helle Skjerven. 40 pasienter inkludert</p>
	<p>BROCADE 3 (AbbVie studien M12-914)(Hans Petter Eikesdal). 1 pasient inkludert</p>
	<p><u>NEOLETEXE</u>. Presurgical treatment with letrozole and exemestane in postmenopausal patients with ER-positive, locally advanced breast cancer: an intra-patient, cross-over trial. PI: Jürgen Geisler. 43 pasienter inkludert</p>
	<p>Kvalitetssikringsprosjekt etter Targit studien: intra-operativ stråleterapi for lavrisikopasienter (Steinar Lundgren) 130 pasienter inkludert.</p>
	<p>Skagen Trial I – Hypofractionated Loco-regional Adjuvant Radiation Therapy of Breast Cancer Combined With a Simultaneous Integrated Boost. (Ingvil Mjaaland) inkludert totalt 188, Stavanger: 100, Tromsø 51 og Kristiansand 37. Inklusjonen stenges når 1012 pasienter har nådd 3 år follow up, sannsynligvis innen 3 år.</p>
	<p>Bay BC Ra233 Study B (16298) studien. A phase II randomized, double-blind, placebo-controlled trial of radium-223 dichloride versus placebo when administered to metastatic HER2 negative hormone receptor positive breast cancer subjects with bone metastases treated with hormonal treatment background therapy. (Bjørn Naume) 1 pasient inkludert. Studieinklusionen termineres 30. November 2017.</p>

		<p>Bay BC Ra233 Study B (17096) studien. A phase II randomized, double-blind, placebo-controlled trial of radium-223 dichloride in combination with exemestane and everolimus versus placebo in combination with exemestane and everolimus when administered to metastatic HER2 negative hormone receptor positive breast cancer subjects with bone metastases. (Bjørn Naume) 6 pasienter inkludert</p> <p>ALICE: A randomized placebo-controlled phase II study evaluating atezolizumab combined with immunogenic chemotherapy in patients with metastatic triple-negative breast cancer (Jon Amund Kyte). 4 pasienter inkludert.</p> <p>Positive Trial. Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for Women With Endocrine Responsive Breast Cancer (Anna Sætersdal). Inkludert 6 pasienter hvorav 1 har blitt gravid.</p> <p>LYTIX. A phase I, open-label, multi-arm, multi-centre, multi-dose, dose escalation study of LTX-315 in Patients With Transdermally Accessible Tumours as Monotherapy or Combination With Ipilimumab or Pembrolizumab. PI: Pål Fr. Brunsvig. 1 brystkreftpasient inkludert.</p> <p>Prospektiv studien: Seneffekter etter brystkreft og lymfombehandling (Cecilie Kiserud/Kristin V Reinertsen) 7 pasienter inkludert så langt.</p> <p>Complement 1. : An open-label, multicenter, Phase IIIb study to assess the safety and efficacy of ribociclib(LEE011) in combination with letrozole for the treatment of men and pre/postmenopausal women with hormone receptor-positive (HR+) HER2-negative (HER2-) advanced breast cancer (aBC) with no prior hormonal therapy for advanced disease. (Louay Garabet, Kalnes). Deltagende sykehus: Kalnes, OUS, SUS, Bærum) . Studien er nylig oppstartet.</p> <p>p53 bryststudien Høydose cyklofosfamid på pasienter med avansert brystkreft med etter progress på taxaner og dersom TP53 wt også progress på antracykliner (Hans Petter Eikesdal). Inkludert 8</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		pasienter.
	<b>Nye studier i startgruppen eller til diskusjon/informasjon</b>	<p>EMIT-1 (Bjørn Naume) og OPTIMA (EMIT-2)(Bjørn Naume). Studier knyttet til implementering av genprofiler i behandlingsbeslutning ved tidlig brystkreft. Disse studiene er innsendt til REK, I alt 15 norske sykehus planlegger å delta i samarbeidet for å gjennomføre disse studiene. Målsetningen er at de kan igangsettes i løpet av første del av 2018.</p> <p>Exceptional Responders Program (Hans Petter Eikesdal). Hensikten er å identifisere pasienter med helt eksepsjonelle effekter av behandling ved metastatisk brystkreft, og å studere disse tilfellene i detalj med tanke på å avdekke relevante mekanismer/karakteristika som kan gi grunnlag for ny kunnskap av betydning for fremtidig brystkreftbehandling og nye kliniske studier. Venter fremdeles på mer informasjon fra BIG, de som har potensielle kandidater må sende informasjon til Eikesdal, han vil søke REK først når man ser om det er kandidater som tas inn i studien</p> <p>ICON CA209-9FN: A randomized phase IIb study evaluating immunogenic chemotherapy combined with ipilimumab and nivolumab in patients with luminal B breast cancer. (PI Jon Amund Kyte). Denne studien vil starte opp ved flere sentra i Norge i løpet av første kvartal 2018.</p> <p><b>Det blir lagt ny og oppdatert oversikt over studier på hjemmesiden.</b></p>
1724	<b>Blåboka/ Nasjonalt handlingsprogram/ Helsedirektoratet</b>	<p>Det er kommet melding fra Hdir om at det sendes informasjon til fastleger og kunnskapssenteret i forhold til arbeid med oppdatert handlingsprogram. Kopi av epostkommunikasjon er bedt sendt til navngitte personer. Dette vil bli gjort.</p> <p>Hdir har også oversendt forslag til generelt innhold knyttet til fastlegenes rolle Handlingsprogrammene for kreft, og "mal" for innhold til det enkelte diagnosespesifikke handlingsprogram.</p> <p>Det generelle dokumentet var det ingen innvendinger mot, og heller ingen forslag til justeringer. Styringsgruppen er positiv til alt samarbeid med fastleger, men kan ikke se at det er behov for et</p>

		<p>eget dokument for fastlegene innenfor handlingsprogrammet. Handlingsprogrammet er tverrfaglig og vi mener det som framgår i de enkelte avsnitt, gir fastlegene god informasjon både om utredning, behandling og kontroll av brystkreft. Dette meldes tilbake. Dersom det likevel er krav om et spesielt kapittel om fastlegenes rolle i vårt Handlingsprogram, vil dette etter vår mening kun være å samle overskrifter om temaer og lenker til de steder i Handlingsprogrammet som den viktigste informasjon for fastleger fremkommer. Duplisering av tekst er etter vår mening ikke ønskelig.</p>
		<p>Status for vurderinger av medikamenter:  TDM1: ble godkjent i juli 2017.  Palbociclib/ ribociclib; begge kan forskrives på H-resept, inntil endelig vurdering skjer i Beslutningsforum.  Pertuzumab i neoadjuvant setting: det er ingen løsning ennå, Beslutningsforum har ikke godkjent bruk. Det skal gjøres fornyet prisvurdering for pertuzumab i metastatisk setting våren 2018, og det kan da være mulighet for en totalløsning som også inkluderer neoadjuvant behandling.  Styringsgruppen vil sende et nytt brev til SLV vedrørende neoadjuvant behandling der man poengterer overlevelsesgevinsten ved kombinert trastuzumab/pertuzumab behandling for pasienter med høyrisik brystkreft (N+ eller HR-), sett i lys av at Aphinitystudien i adjuvant setting har vist bedret sykdomsfri overlevelse (tydeligst i høyere risikogruppe).</p>
		<p>Det foreligger nå ny staging/TNM anbefalinger fra American Joint Committee on Cancer (AJCC) som er gjeldende fra 2018. UICC vil også foreligge i ny versjon fra 2018. Det viktigste her er:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Noe endring av definisjon T4 tumor. Følgende T4 definisjon vil være gjeldende: <ul style="list-style-type: none"> <li>T4: Tumor uavhengig av størrelse, men med affeksjon av hud eller brystvegg slik som anført under T4a, T4b eller T4d. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. T4a: Innvekst til brystvegg (ribben, intercostalmuskulatur, serratus anterior)</li> <li>b. T4b: Med synlig ødem eller ulcerasjon vurdert ved klinisk undersøkelse, inkludert peau d'orange. Tumørinfiltrasjon i hud som synlig (makroskopisk) og/eller palpabel tumorknute må være adskilt fra primærtumor (som satellitt tumorknute) for å klassifiseres som T4b (vil ellers klassifiseres i tråd med tumorstørrelse).</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol>



		<p>c. T4c: Både T4a og T4b d. T4d: Inflammatorisk carcinom</p> <p>2. Endring av hvordan ypT (etter neoadjuvant behandling) regnes: det er den største enkelttumor som bestemmer T.</p> <p>3. Multifokale klassifiseres som (m), den største tumor gir pT klassifikasjonen.</p> <p>4. Immunhistokjemi og genekspresjonsprofiler tas inn som del av staging i AJCC (som prognostisk staging).</p>
1725	<b>Nasjonalt brystkreftregister</b>	<p>Det ble gitt en kort statusrapport for NBCR, konferer vedlagte fil som ble presentert på NBCGs fagmøte dagen etter. Kirurgirapporteringen og patologirapporteringen er nå meget tilfredsstillende, selv om kodepraksis fremdeles kan forbedres noen steder. I tillegg ble det diskutert eventuelle tiltak som følge av resultatene.</p> <p>1) Variasjoner i andel primære rekonstruksjoner: det forventes at den nyopprettede arbeidsgruppen for plastikk-/brystkirurgi går gjennom og reviderer handlingsprogrammet og anbefalingene i lys av ny litteratur og erfaringer.</p> <p>2) Lav andel kirurgiske inngrep på enkelte sykehus: NBCG har forholdt seg til EUSOMA kriteriene for optimal fremtidig organisering av kirurgien ved cancer mamma. I tillegg har NBCG tidligere gitt sin støtte til konklusjonene i Kreftkirurgi i Norge. Det synes å være klare meningsforskjeller mellom kirurgene vedrørende volum/organiseringskravet knyttet til dette tema. Det ble enighet om at det er nyttig at kirurgene i NBCG (eller en utvidet arbeidsgruppe som inkluderer kirurger som kommer fra sykehus med forskjellige behandlingsvolum) kommer sammen (med støtte av radiologene) for å gjennomgå denne problemstilling med mål om å komme frem til en form for faglig enighet/kompromiss om hva som er akseptabelt for å være en tilfredsstillende fungerende brystkirurgisk enhet i Norge. Axillekirurgi vil være en del av denne diskusjonen.</p> <p>3) Variasjon i andel som klassifiseres innenfor histologisk grad 1-2-3 og Ki67 variasjon: Retningslinjene for bruk av Ki67 som ledd i adjuvant behandlingsbeslutning er endret som følge av variasjonen i Ki67 bruk. Det er ellers et behov for å komme nærmere hvor stor del av en variasjon som er ledd i en naturlig variasjon og videre hvor stor variasjon som er akseptabel mellom laboratoriene. Samtidig er det ut fra kvalitetssikringshensyn av det gode å kunne gjøre</p>

		<p>interlaboratorietester og ytterligere standardiseringstiltak, med tanke på å redusere eventuell uønsket variasjon, men per i dag er det manglende ressurser innenfor patologiavdelingene til slike tiltak.</p> <p>4) Med unntak av rapportering av stråleterapi, er onkologiregistreringen ikke tilfredsstillende ved en rekke sykehus. Prosjektet som er støttet av Rosa Sløyfe er oppstartet og har som mål bidra til en klar bedring i onkologiregistreringen de kommende år.</p> <p>5) Når det gjelder radiologi er det god rapporteringsgrad på utførte bildeundersøkelser i Mammografiprogrammet, men mulighet for forbedringer. Diagnostikk utenfor Mammografiprogrammet har lavere innrapportering; tiltak planlegges.</p>
1726	<b>Rapport/inns spill fra ansvarsgruppene</b>	<p>Ingen aktuelle innspill fra patologigruppen</p> <p>Radiologigruppen arbeider nå med en gjennomgang og oppdatering av utredningskapittelet til neste oppdatering av handlingsprogrammet.</p>
1727	<b>Lokoregional stråleterapi</b>	<p>Strålebehandlingsteknikk mot bryst/brystvegg +/- regionale lymfeknuter</p> <p>Det ble enighet om å inkludere følgende informasjon om dette i revidert handlingsprogram:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strålebehandlingsteknikk besluttet i tråd med den enkelte stråleterapiinstitusjons behandlingsopplegg. Konvensjonell strålebehandling (3D-CRT) oppfattes som standard per i dag. Tangentiell intensity modulated radiation therapy (t-IMRT) kan være et godt alternativ der en ikke oppnår adekvat dosedekning til CTV. I enkelte tilfeller kan m-IMRT eller volumetric modulated arc therapy (VMAT) vurderes benyttet. Disse teknikker kan være spesielt aktuelle der en ikke får en akseptabel doseplan med konvensjonell teknikk, enten ved inadekvat dose til CTV eller ved for høy dose til risikoorgan. Det understrekes likevel at både m-IMRT og VMAT gir et større volum med lavdosebestråling til kontralateralt bryst og lunge. Det mangler langtidsobservasjon etter bruk av disse dynamiske teknikkene med tanke på risiko for sekundærkreft og andre senskader. Valget om å bruke slike teknikker bør derfor gjøres etter en grundig vurdering av risiko/nytte profilen ved strålebehandlingsplanen.</li> </ul>

1728	<b>NBCGs retningslinjer for kirurgisk behandling/rekonstruksjon</b>	<p>Hudbesparende mastektomi ved DCIS. Det er vist at risiko for lokalt residiv etter mastektomi er større dersom det er gjort hudbesparende inngrep kontra konvensjonell mastektomi (Timbrell et al, Ann Surg Oncol. 2017, 24(4):1071-1076). Risikoen synes størst hos unge pasienter og dersom det er knappe marginer ventralt. Det ble derfor presisert nødvendigheten av å ta hensyn til dette i kirurgien. Dette vil beskrives (med tiltak) i ny utgave av handlingsprogrammet.</p> <p>SN ved residiv etter BCT. Hva skal man gjøre hvis ikke SN lokaliseres? Man ble enige om å avvente svar på dette spørsmål til etter San Antonio møtet hvor behandling av lokale residiv i bevart bryst er tema i egen sesjon.</p> <p>Kan man unnlate strålebehandling etter BCT hos eldre ved hormonreseptor positive cancer? Bakgrunn er flere publikasjoner hvor unnlattelse av stråleterapi ikke påvirker overlevelse ved hormonreseptorpositiv sykdom dersom det gis endokrin terapi. Styringsgruppen fant ikke å ville gå for dette generelt ut fra at vist det er en økt frekvens lokalt residiv. Man åpnet imidlertid for å kunne unnlate stråleterapi hos pasienter med betydelig komorbiditet og/eller høy alder hvor det er forventet begrenset levetid. Det må da gis endokrin adjuvant behandling. For hormonreseptor negativ sykdom er derimot stråleterapi ved BCT viktig for å holde lokal kontroll.</p> <p>BCT etter neoadjuvant behandling. Det har tidligere vært skrevet at regress til ca 3 cm er nødvendig for å kunne gjøre BCT. Man tar nå bort denne størrelsesangivelsen, og vil i stedet presisere at det må ha vært så god respons at man ved inngrepet må forvente å få frie marginer.</p> <p>Presisering av retningslinje vedrørende SN etter neoadjuvant behandling med cN1 før oppstart av behandlingen og ycN0 etterpå (ingen endring i anbefaling; kun for klargjøring): Aksilledisseksjon kan utelates dersom det ved SN diagnostikken er brukt både fargestoff og radioaktivt stoff og det fjernes enten 1) minst 3 SN, eller 2) 1-2 SN med 1-2 palpable og unormale lymfeknuder uten</p>
------	---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		blåfarge/radioaktivitet vurdert peroperativt og minimum 3 lymfeknuter fjernet totalt , - hvor alle lymfeknutene er negative (pN0). Viser også til ny oversikt på hjemmesiden (ny versjon).
1729	<b>Retningslinjer for adjuvant behandling</b>	<p>Bruk av genprofiler: Status for implementering av Prosigna og kvalitetssikringsstudie ble diskutert. Metoden er meldt inn til Bestillerforum, som har bestemt at det skal gjøres en hurtig metodevurdering i regi av Folkehelseinstituttet. Vurderingen er ennå ikke oppstartet. Fra FHI mottar dokumentasjonen som trengs, kan det gå maksimalt 180 dager til beslutning.</p> <p>Neoadjuvant behandling. NBCG åpner nå for neoadjuvant behandling av pasienter med T2 svulster som er HER2 positive eller trippel negative. For den nevnte pasientgruppen gjelder dette også sykehus som innehar kompetanse men som ikke tidligere har hatt ansvar for neoadjuvant behandling.</p> <p>Fordelene med å behandle disse pasientene preoperativt er:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prospektivt å kunne evaluere behandling og eventuelt endre den.</li> <li>2. Å kunne de-eskalere kirurgi, dvs øke andel BCT med små inngrep og å redusere antall axilledisseksjoner. Det presiseres behovet for merking av tumor før oppstart neoadjuvant behandling.</li> <li>3. Deltagelse i kliniske studier oppfattes som viktig ved neoadjuvant behandling.</li> </ol> <p>Man har per i dag ikke evidens for å si at det bedrer prognosen ved å gjennomføre neoadjuvant behandling, men det gir mulighet for å kunne monitorere effekt av terapi og ved manglende respons grunnlag for å endre behandlingen. Neoadjuvant behandling krever at den faglige kompetansen hos alle i det tverrfaglige temaet er høy (patologidiagnostikk, radiologi, kirurgi, onkologi). Kirurgene trenger å opparbeide seg mer erfaring med BCT og SN etter neoadjuvant behandling (merkeprosedyrer, indikasjoner osv.). Nye kirurgiske teknikker for merking og lokalisering av tumores i bryst og SN er snart tilgjengelig og bør prøves ut på sykehus med neoadjuvant behandlingserfaring.</p>

		<p>Det er fremdeles ønskelig at neoadjuvant behandling av T3-T4 tumores gjøres ved de regionale sentra som per i dag gjennomfører slik behandling. Dette er begrunnet i at det fremdeles er behov for erfaring med den radiologiske diagnostikk underveis i behandlingen i forhold til beslutninger om valg av brystbevarende behandling, samt for å få etablert kirurgisk kvalitet og kunnskap knyttet til denne behandlingen. Denne erfaringen er viktig for å gi oss bedre fremtidige retningslinjer for alle sykehus.</p> <p>Følgende faktorer bør være på plass for å gjennomføre neoadjuvant behandling: Gode og detaljerte behandlingsforløp med komplett multidisiplinært team er av stor betydning for kvalitet i den neoadjuvante behandling. Multidisiplinær tilnærming som inkluderer tilstedeværende kompetanse i form av BDS med tilstrekkelig MR kapasitet og kompetanse for å vurdere respons på og gjenværende tumorvev etter neoadjuvant behandling, biopsimulighet, logistikk for innleggelse av klips, både kirurgisk og plastikkirurgisk miljø som behersker og har tilstrekkelig erfaring for både vurderinger av BCT mulighet etter neoadjuvant behandling, samt primære rekonstruksjonskompetanse.</p> <p>Ny retningslinje for pT1cpN0 HER2 positiv brystkreft: På grunn av den meget gode prognose ved kun bruk av paklitaxel i kombinasjon med trastuzumab hos pN0 pasienter med pT1 tumores (hvor 42% var pT1c)(Tolaney et al NEJM 2015) og en oppdatert oversikt fra ASCO 2017 (Tolaney et al, #511) som viser en 5 års DFS på 96.3 (95% CI 94.4-98.2), har NBCG valgt å utvide vår tidligere anbefaling om kun bruk av paklitaxel/trastuzumab (uten EC90) for pT1a-c pN0 til også å gjelde pT1cpN0 pasientene. Dette er også i tråd med anbefalinger fra St Gallen 2017.</p> <p>Bruk av zoledronsyre for pasienter under 55 år som er postmenopausale uten goserelin – behov: I tråd med internasjonale anbefalinger oppdaterer vi retningslinjene om bruk av adjuvant zoledronsyre til også å gjelde spontant postmenopausale pasienter under 55 år (i tillegg til de som er indusert postmenopausale som følge av goserelin). Det betyr at medikamentet gis til pasienter som er indusert eller reelt postmenopausale. Man må ha lav terskel for sensitiv hormonanalyse (østradiolanalyse), hvis det foreligger tvil om menopausal status.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		Adjuvant zoledronsyre og regler for dosereduksjon ut fra nyrefunksjon? Felleskatalogens tekst følges, dette vil legges inn som merknad i neste versjon av Handlingsprogrammet.
1730	<b>Brystkreftkontroller – organisering og innhold</b>	Ingen endringer
1731	<b>Retningslinjer for behandling av residiv/metastaser</b>	Ingen endringer
1732	<b>Arvelig brystkreft</b>	Utkastet fra arbeidsgruppen er nå klart etter en mindre endring i Hdir. Men det ventes fremdeles på en ny vurdering av utkastet i Hdir i etterkant av vårt møte. Det endelige dokumentet planlegges lagt ut på hjemmesiden inntil nytt handlingsprogram foreligger.  Bruk av p-piller ved BRCA genbæretilstand: Generelt frarådes ikke dette og det blir tatt inn kort i avsnittet
1733	<b>Status EBCTCG, BIG</b>	Det pågår arbeid med å danne en nordisk brystkreftgruppe. Styringsgruppen støtter dette forutsatt at gruppen også forankres mot de nasjonale brystkreftgruppene. Leder følger opp dette.
1734	<b>NBCGs hjemmeside - status</b>	Hjemmesiden fungerer nå godt. Informasjon om studier vil oppdateres meget snart.
1735	<b>Møte i San Antonio (i forbindelse med SABCS2017)</b>	NBCG vil ha et fellesmøte for de norske deltakerne i San Antonio uavhengig av industrien. Det er viktig at styringsgrupped medlemmene bekjentgjør det på sine sykehus for dem som planlegger deltakelse i SABCS
1736	<b>Eventuelt</b>	Fertilitetsbevarende behandling; refusjonsordning. Det er ikke spesiell refusjonsordning for dette i dag. Det vil sendes brev til Hdir hvor vi legger frem ønske om dette, med forslag om at bidragsordningen endres. Kontaktperson fra NBCG for nasjonal arbeidsgruppe for protonterapi: På grunn av manglende tid ble ikke dette tatt opp på møtet. AU vil se på dette og komme med forslag om person som kan fungere som kontaktperson for protonterapi.  Neste møte i styringsgruppen: torsdag 15.06.2017, nasjonalt fagmøte: 16.06.2017