

Nytt fra NBCG etter styringsgruppemøte juni 2018

For mer omfattende informasjon henvises det til referatet.

Nytt fra faggruppene:

Revisjon av kapittel 4

Forslaget fra radiologigruppen til revidering av kapittel 4 ble vedtatt. Det ble vedtatt en liten endring/ tilføyelse under «trippeldiagnostikk»: «Hvis det er diskrepans mellom klinikk og billedfunn skal pasienten henvises til kirurg for klinisk undersøkelse/second opinion.» Med dette ferdigstilt legges det nye kapittel 4 ut på hjemmesiden inntil neste oppdatering av handlingsprogrammet.

Revisjon av kapittel 5

Forslag til revisjon av kapittel 5 om kirurgi og rekonstruksjon ble vedtatt. Kapittelet er utvidet og det er også åpnet for primær autolog rekonstruksjon. Følgende ble særlig diskutert: Dersom strålebehandling må gis etter primær rekonstruksjon med protese øker faren for komplikasjoner som f.eks. kapselkontraktur, men det er ikke kontraindisert å bruke protese i slike situasjoner. Pasienter må få god informasjon om ulike rekonstruksjonsmuligheter preoperativt. Til høsten vil det trolig bli klart et nasjonalt samvalgsverktøy som kan være til god hjelp i forbindelse med informasjon om rekonstruksjonsmuligheter. Det reviderte kapittel 5 legges ut på hjemmesiden i påvente av neste oppdatering av handlingsprogrammet.

Adjuvant systemisk behandling

Bruk av genprofiler

Det ble orientert om status vedr hurtig metodevurdering av Prosigna test. Denne prosessen har gått meget tregt. Dette overvåkes i tiden fremover. TAILORx studien som har testet nytte av OncotypeDx for "intermediate risk" genprofil ble diskutert. Resultatene viser at denne gruppen ikke synes å ha nytte av kjemoterapi, bortsett fra en usikkerhet knyttet til pasienter <50 år og med noe høyere score (RS-score) innenfor intermediate risk. Det vil gjøres en presisering i behandlingsanbefalinger vedrørende bruk av genprofiler, da grunnlaget for å benytte slike tester er styrket. Informasjonen vi får fra slike tester er kvalitativt bedre og gir mer robust informasjon enn rutine immunhistokjemi

Verktøy for å vurdere grunnlag for utvidet endokrin behandling ut over 5 år

Det er nylig publisert en såkalt "CTS5 score" som gir informasjon om risiko for metastaser ved residivfri status etter 5 år med endokrin adjuvant behandling – i de neste 5 år. Dette kan bidra til vurdering av potensiell nytte for bruk av forlenget endokrin adjuvant behandling (>5 år). Det var enighet om å inkludere dette som et mulig verktøy til bruk for dette formål, i vårt Handlingsprogram.

NBCG har tidligere sidestilt kombinasjonene med goserelin og tamoxifen med goserelin og exemestan. Oppdateringen av SOFT/TEXT studiene viser at goserelin i kombinasjon med exemestan gir bedre sykdomsfri overlevelse enn goserelin i kombinasjon med tamoxifen, men det er fremdeles kort observasjonstid og totaloverlevelse er ikke forskjellig. Det vil ikke gjøres noen endringer i hvordan retningslinjene er formulert, men det vil presiseres i bakgrunnsdokumentasjonen i handlingsprogrammet at goserelin i kombinasjon med exemestan har vist bedre sykdomsfri overlevelse enn kombinasjonen med tamoxifen så langt.

Behandlingslengde for trastuzumab

Det er kommet resultater fra nye studier (i tillegg til de som tidligere har vært publisert) som har sett på trastuzumab behandlingslengde. SOLD studien viste ikke "non-inferiority" ved 9 ukers behandlingslengde versus 12 mnd, dvs. det var bedre overlevelse med 12 mnd behandling. Persephone studien ble presentert på ASCO og viste "non-inferiority" for 6 mnd. behandling versus 12 mnd behandling. Men i denne studien var det en bedre effekt av 12 mnd behandling enn 6 mnd dersom en gav behandling i tråd med NBCGs retningslinjer (EC/AC etterfulgt av taxan i kombinasjon med trastuzumab). Det var enighet om å beholde 12 måneders behandlingslengde for trastuzumab ut i fra både disse studienes resultater og de som tidligere har vært publisert (ikke "non-inferiority" i disse). Men det vil anføres i Handlingsprogrammet at der det på grunn av morbiditet/intolerabilitet er grunnlag for å avslutte trastuzumab tidligere, vil en slik behandling oppfattes som tilnærmet adekvat, da den største effekten av behandlingen vil komme som følge av behandlingen de første 9-26 uker.

Bør docetaxel/trastuzumab sidestilles med paclitaxel/trastuzumab ved pT1pNOHER2+ svulster?

Basert på tidligere studie som ikke har vist forskjell mellom docetaxel hver 3. uke og paclitaxel ukentlig (Sparano, NEJM, 2008) konkluderte Styringsgruppen med at docetaxel hver 3. uke/trastuzumab ansees som likeverdig med paclitaxel ukentlig/trastuzumab.

Diskusjon av monitorering av menopausal status v/kjemoterapiindusert amenorre og bruk av AI.

Det er publisert en studie som viser at det er en betydelig risiko for å gjenvinne ovarialfunksjon dersom pasienter under 50 år med kjemoterapiindusert amenorre mottar AI

(25% etter 3 år) (van Hellemond et al, JNCI 2017). For pasienter mellom 50-55 år er risikoen cirka 5%. Teksten i handlingsprogrammet vil gjennomgås for å understreke betydningen av monitorering av FSH/LH og østradiol, gjentatte ganger spesielt det første året (hvor flest opplever OFS recovery), men også kontroll ut over første året spesielt for pasienter under 50 år med kjemoterapiindusert amenorre.

Det ble enighet om følgende utgangspunkt for bruk av pertuzumab:

- Aphinitystudien viser overlevelsesgevinst, men den er beskjeden
- Tydeligst effekt hos lymfeknute positive og HR negative
- Resultatene underbygger betydningen av bruk av pertuzumab spesielt hos høyrisikopasienter som vanligvis er kandidater for neoadjuvant behandling (betydelig effekt på pCR)– hvor overlevelseskurvene (i NeoSphere) blir understøttet av Aphinity
- Pasienter med store tumores eller omfattende lymfeknutemetastaser (eller ER negative med T2 tumores) bør tilbys (neo)adjuvant behandling som inkluderer pertuzumab

Kontroller

Det er enighet om at kontrollopplegget etter 5 år for pasienter behandlet for lokalavansert brystkreft bør sidestilles med kontrollopplegg hos øvrige pasienter. Teksten i neste versjon av handlingsprogrammet endres tilsvarende.

Residiv/ behandling av metastatisk sykdom

Olaparib i metastatisk setting – hva mener vi?

Data fra OlympiAD studien viser 3 mndr progresjonsfri overlevelsesgevinst og mindre bivirkninger, sammenlignet med bruk av kjemoterapi (referanse). Studien inkluderte kun pasienter som enten ikke hadde mottatt Carboplatin eller ikke hadde progrediert på carboplatin. På grunn av den gunstige tolerabilitet i forhold til kjemoterapi, men fremdeles ikke data med sammenligning mellom olaparib og platinum kjemoterapi, er det enighet i NBCG om at ved EMA godkjenning bør BRCA muterte som ikke er kandidater for (eller tåler videre bruk av) platinum kjemoterapi (Carboplatin) på grunn av komorbiditet/intolerabilitet, tilbys olaparib.

Pertuzumab – hvor lenge bør det gis etter seponering av taxan etter behandling med taxan/trastuzumab/pertuzumab i metastatisk setting?

Det finnes ikke data som kan si noe sikkert om dette, men i CLEOPATRA studien gav man videre trastuzumab/pertuzumab når taxan ble stoppet/pauset pga. toxisitet (ikke ved

progresjon). Der foreligger ikke sammenlignende data for trastuzumab vs. trastuzumab/pertuzumab uten forutgående behandling sammen med taxan. ABC guidelines har antydnet 3 års behandlingstid i mangel av data. NCCG tar ikke stilling til dette på det nåværende tidspunkt, men anbefaler at trastuzumab/pertuzumab kontinueres når taxan pauses.

Capecitabine, vinorelbine, eribulin som behandlingsvalg

Det gjøres en liten justering i behandlingsalgoritmen for behandlingsvalg for HER2 negativ metastatisk sykdom, der capecitabine, vinorelbine eller eribulin likestilles etter forutgående behandling med anthracyclin og taxan.