

Referat fra Styringsgruppemøte NBCG

Torsdag 14.06.2018 kl 16-20

Tilstede: Bjørn Naume, Hans Petter Eikesdal, Ellen Schlichting, Steinar Lundgren, Turid Aas, Geirfinn Vagstad, Tor Jensen, Solveig Roth Hoff, Helle skjerven, Hilde P Ødegård (møtte for Jurgen Geisler), Kristin V Reinertsen, Ingvild Moberg, Linda Romundstad, Christian Korvald, Anne Irene Hagen, Lisa Steffensen, Sverrir Olafson, Lene Johnsen (møtte for Håvard Sjøiland), Bård Mannsåker, Ingvil Mjaaland, Torgunn Kursetgjerde, Jon Lømo, Helge Espelid

Frafall: Ketil Weyde, Hildegunn Vetti, Eskild Fluge, Lars A Akslen

Sak nr	Hovedpunkt	Underpunkt	Oppfølging/ vedlegg/ merknader
1801	Referat fra forrige møte	Gjennomgått og vedtatt	
1802	NBCGs økonomi og møter	<p>Økonomi: Reiseregning sendes elektronisk til Bjørn til sykehusmailen hans.</p> <p>Det er søkt Hdir om kr. 350 000, ikke fått svar fra Hdir om hvor mye vi får (vi fikk kr. 230 000 i fjor)</p>	<p>Bjørn</p> <p>27.06. kom det svar fra HD om at det er innvilget (kun) kr 210.000,- fra HD, Bjørn har sendt inn klage.</p>
		<p>Fagmøte 15.06.2018: 187 deltakere påmeldt, ekstra stoler satt inn. Påmeldte er avvist grunnet at det ble fullt. Må sjekke annen løsning for neste år, kan muligens legge møtet til Store auditorium Rikshospitalet, men vi vil i så fall ikke få hjelp fra Moya Berli. Møtet planlegges til fredag 14.06.19</p>	<p>Bjørn/ AU</p> <p>Seminarrommene vil være tilgjengelige neste år.</p>

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet, bna@ous-hf.no

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

1803	NBCGs statutter og valg	<p>Det er kommet krav fra Helsedirektoratet om at det skal være representasjon av fastleger i gruppene som arbeider med nasjonalt handlingsprogram. NBCG har tidligere valgt ikke å ha egen gruppe som arbeider med handlingsprogrammet, men benyttet NBCG strukturen. Som følge av dette ble det fremlagt forslag om at 2 fastleger inkluderes i styringsgruppen. Det ble vedtatt at styringsgruppen utvides med 2 fastlegerepresentanter som utnevnes av Helsedirektoratet/ egen forening. Det forutsettes at støtten fra Helsedirektoratet til drift av NBCG tar høyde for en slik utvidelse.</p>	
		<p>Det ble utnevnt valgkomite for valg av nytt AU (som tiltrer 01.01.19), som skjer i forbindelse med konstitueringen av ny styringsgruppe på møtet i november. Vedtatt forslag: Torgunn Kursetgjerde, Beate Boge, Anne Irene Hagen</p> <p>Valg/utnevning av ny styringsgruppe vil skje etter vanlig prosedyre i september 2018.</p>	<p>Komiteen er bekreftet i etterkant, alle sagt seg villige til vervet.</p> <p>Turid</p>
1804	Status protokoller med avsluttet inklusjon men fremdeles pågående analyser	<p>NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien) (Per E Lønning) Analyser pågår. 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 analysert med dormancy markør (NR2F1) i sammen med pasienter fra to andre studier. Manuskript er innsendt til Breast Cancer Research. Det planlegges analyser av benmargspasma for «pro-dormancy» cytokiner (plasma vil analyseres høsten 2018). Samarbeid med Julio Aguirre-Ghiso</p>	

	(Mount Sinai, New York). Det planlegges i tillegg analyser av tamoxifenmetabolitter i plasma, med sammenligning med tilbakefallsfri overlevelse. Analyser vil skje sommeren/høsten 2018.	
	Status NOWAC-studien (Eilif Lund). Ingen nye opplysninger.	
	NBCG12 (ALTTO) (Anna Sætersdal) Prognostisk betydning av terapiindusert amenore (TIA), hvor resultatene viste at TIA gir økt DFS og OS, er nå publisert (Lambertini et al. <u>J Natl Cancer Inst.</u> 2018 Jun 5. doi: 10.1093. Epub ahead of print).	
	NBCG13 (NeoALTTO)(Bjørn Naume) Det er publisert en resultater i JAMA Oncology, knyttet immunkartlegging og pCR. (Powles et al, JAMA Oncol. 2018 Jun 14:e181564. doi: 10.1001/jamaoncol.2018.1564. Epub ahead of print)	
	SafeHER (OUS, SUS, Sørlandet) (Kristin V Reinertsen) 27 pas til FU i Norge. Alle er ferdig med behandling. Siste pas ute av studien i mars 2019.	
	TH3RESA studien (OUS)(T-DM1)(Bjørn Naume) Resultater fra studien er publisert.(Krop et al, Lancet Oncol. 2017 Jun;18(6):743-754)	
	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.	
	NeoAva (OUS + St Olav)(Olav Engebråten). Ingen nye opplysninger.	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet, bna@ous-hf.no

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

	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.	
	Hypofraksjoneringsstudien (SUS, Sørlandet) (Ingvil Mjaaland) Totalt inkludert 76 pas – 10 pasienter er gått ut av studien av ulike grunner. FU pågår.	
	BERENICE (Hege Oma Ohnstad) 10 pasienter er i FU. Intet nytt.	
	KAITHLIN (Olav Engebråten) Intet nytt. 8 pasienter i FU.	
	DoseDense (HUS)(Per E Lønning) Analyser pågår. 106 pas i FU.	
	Bay BC Ra233 Study B (16298) studien. (Bjørn Naume) Inklusjon er avsluttet. 1 pasient inkludert. FU pågår.	
	Bay BC Ra233 Study B (17096) studien. (Bjørn Naume) Inklusjon er avsluttet. 7 pasienter inkludert. FU pågår.	
	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 (Roche)(Bjørnar Gilje) Inklusjon avsluttet. 4 inkludert. De første resultater fra studien forventes presentert/publisert i løpet av høsten 2018.	
	EBBA2 studien (NBCG 14) (OUS, St Olav, VV Drammen) (Inger	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet, bna@ous-hf.no

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

		Thune). Inkludert 590 pas. 7 % har trukket seg. EBBA-II ble ferdig med inklusjonen 15. september 2017. Dette vil si at det er aktiv intervensjon til 15. oktober 2018.	
		BELLE-3 (etter progresjon på everolimus)(Lønning) Publisert Di Leo,....Lønning PE et al, Lancet Oncol, 2018	
		BROCADE 3 (AbbVie studien M12-914) (Hans Petter Eikesdal) Avsluttet. 1 inkludert i Norge.	
		Complement 1. (Louay Garabet, Kalnes). Deltagende sykehus: Kalnes, OUS, SUS, Bærum). Studien er avsluttet. FU pågår.	
1805	Status studier med pågående inklusjon	PETREMAC studien (NBCG 15) PErsonalized TREatment of high-risk MAMmary Cancer. Neoadjuvant behandling av høyrisik brystkreft, basert på IHC kriterier + TP53 mutasjonsstatus. (Hans Petter Eikesdal) Inklusjonen ferdig, avsluttet august 2018	
		Improved Breast Cancer Therapy (I-BCT-1) in the Neoadjuvant and Metastatic Setting. I-BCT studien (Olav Engebråten) Inkludert totalt 116 pasienter i I-BCT1 studien.	
		Kvalitetssikringsprosjekt etter Targit studien: intra-operativ stråleterapi for lavrisikopasienter (Steinar Lundgren) 168 pasienter er inkludert	
		Skagen Trial I – hypofraksjonert lokoregional RT vs konvensjonell fraksjonering (Ingvil Mjaaland) Inkludert 125 pas ved SUS, 67 pas ved UNN, 45 pasienter ved Sørlandet SH	

	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). Inkludert 12 pasienter	
	Positive Trial. Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for Women With Endocrine Responsive Breast Cancer (Anna Sætersdal). Inkludert 8 pasienter	
	ICON-B studien (Jon Amund Kyte). 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). Inkludert 5 pasienter så langt.	
	p53 bryst-studien (Høydose cyklofosamid) (Hans Petter Eikesdal) Screenet 16, behandlet 10 pasienter med metastatisk mammacancer.	
	Exceptional Responders Program (Hans Petter Eikesdal). Ingen inkludert - REK søknad aktiveres dersom exceptional responder identifiseres.	
	NEOLETEXE. 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.49 pasienter inkludert	
	Prospektiv studien: Seneffekter etter brystkreft og lymfombehandling (Cecilie Kiserud/Kristin V Reinertsen) 100 pasienter inkludert så langt.	
	Breast conserving surgery (BCT) after neoadjuvant therapy for large primary breast cancer (T2-T3) with infavourable tumor-to-breast	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

Leder: Bjørn Naume, Avdeling for Kreftbehandling, Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet, bna@ous-hf.no

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

		size ratio(NeoBCT-2). <i>Kun aktuell ved inklusjon i I-BCT studien.</i> PI: Helle Skjerven. 53 pasienter inkludert	
1806	Nye studier i startgruppen	<p>EMIT studiene (Bjørn Naume): Det har tatt lang tid med metodevurdering. Oppstart EMIT 2/OPTIMA er planlagt til august 2018, EMIT 1 planlegger oppstart samtidig, men pasienter kan kun inkluderes i sistnevnte dersom det rekvirerende sykehuset betaler for testen.</p> <p>PETREMAC 2 (HP Eikesdal). Videreføringsstudie til PETREMAC 1 som er under planlegging.</p> <p>Natural studien: DBCG studie. Partiell brystbestråling versus ingen bestråling til pasienter med lav risiko. Studien ble presentert, OUS, SUS, UNN (så langt) interessert i deltagelse. Vil bli en NBCG studie.</p>	
1807	Blåboka/ Nasjonalt handlingsprogram/ Helsedirektoratet/ Nasjonale saker	<p>Status for vurderinger av medikamenter :</p> <p>Bruk av pertuzumab i adjuvant setting godkjent av EMA for høyrisiko pasienter. Beslutningsforum har ennå ikke tatt stilling til bruk av pertuzumab i (neo)adjuvant behandling. Det forventes at dette vil skje i løpet av sommer/tidlig høst:</p> <p>Ribociclib er godkjent av Beslutningsforum for bruk med aromatasehemmer i 1. linje metastatisk situasjon, mens palbociclib ikke er det (avhengig av pris ved neste LIS anbudsrunde).</p> <p>Palbociclib + fulvestrant i metastatisk situasjon etter bruk av AI: Beslutningsforum vedtok at dette ikke innføres nå (vedtak 11.06.18)</p>	

		<p>MR screening for BRCA muterte: Det ble opplyst fra HD at Beslutningsforum hadde anbefalt bruk av MR kun opp til 50 år. Dette ble referert på Styringsgruppemøtet. I etterkant av møtet har Bjørn Naume tatt kontakt med Helsedirektoratet for å avklare om dette medførte riktighet, da metodevurdering fra Folkehelseinstituttet ikke beskrev dette i konklusjonen. Det viser seg at Beslutningsforum kun har vedtatt at Handlingsprogrammet bør oppdatere retningslinjene i tråd med konklusjonen. Tilbakemelding fra Helsedirektoratet i etterkant viser seg at det ble vedtatt at MR kan utføres opp til 70 år, som er i tråd med våre allerede vedtatte retningslinjer. Hvis det kommer eventuelle ytterligere opplysninger om dette vil dette tas opp i neste styringsgruppemøte. Metodevurderingen vil også gjennomgås da.</p>	
		Status for rekruttering til brystkreftkirurgi og -radiologi i Norge (tas under 1809)	
1808	Nasjonalt brystkreftregister	<p>Kort statusrapport for NBCR. Det foreligger nå foreløpige data for 2017. Disse vil gjennomgås på NBCR referansegruppemøte senere i juni. Ny versjon av kliniske meldeskjemaer for NBCR ble satt i produksjon i januar 2018. Det har vært gjennomført tiltak for å øke radiologikoding og onkologikoding (det siste fra Rosa sløyfer-midler).</p>	
1809	Rapport/innspill fra ansvarsgruppene	<p>Patologigruppen: Grovnålsbiopsier – hvordan beskrive ved planlagt neoadjuvant behandling?</p>	

		<p>Histopatologiske opplysninger etter gjennomført preoperativ behandling – behov for «mal» for innhold? Patologigruppen vil arbeide videre med dette til høstens møte.</p>	
		<p>Radiologigruppen: Det tilsendte forslag til revidering av kapittel 4 ble vedtatt. Det blir gjort en liten endring/ tilføyelse under «trippeldiagnostikk»: «Hvis det er diskrepans mellom klinikk og billedfunn skal pasienten henvises til kirurg for klinisk undersøkelse/second opinion.» Når dette er ferdigstilt legges det nye kapittel 4 ut på hjemmesiden inntil neste oppdatering av handlingsprogrammet.</p>	Radiologi-gruppen ferdigstiller
		<p>Kirurgi/stråleterapi/medikamentell behandling: Se også punkt 1811 nedenfor.</p> <p>Det ble lagt fram resultater fra undersøkelsen om størrelse på brystsenter (i tråd med vedtaket på forrige styringsgruppemøte). Disse ble diskutert. De fleste mente at et fullverdig tverrfaglig team var viktig/ en forutsetning og at volumet for det enkelte sykehus bør minst være 100 pasienter pr år. Det ble også framhevet at det kunne bli vanskelig å holde seg oppdatert på nye operasjonsteknikker for de minste sentra.</p>	
1810	Lokoregional stråleterapi	<p>Behov for endringer? Behov for ny inntegningsmal for hjertet? Dette ble diskutert, uten å beslutte noe spesifikt. Dette vil diskuteres videre i stråleterapigruppen før rapportering til styringsgruppen ved møtet til høsten.</p> <p>Kan lokoregional re-bestråling være til nytte? Det oppfattes å kunne være grunnlag for rebestråling i noen tilfeller. Dokumentasjonen vil</p>	Stråleterapigruppen

		vurderes før dette spesifikt beskrives i handlingsprogrammet.	
1811	NBCGs retningslinjer for kirurgisk behandling/ rekonstruksjon	Det ble lagt fram forslag til revisjon av kapittel om kirurgi og rekonstruksjon. Dette 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 samvalgsværktøy som kan være til god hjelp i forbindelse med informasjon om rekonstruksjonsmuligheter. Kapitlet blir lagt ut på hjemmesiden i påvente av neste oppdatering av handlingsprogrammet.	Kapittelet vedlagt Ellen/ Turid
		Det ble diskutert om det kan gjøres BCT etter neoadjuvant behandling ved cT4 tumores med meget god effekt av neoadjuvant behandling. Dette vil gjennomgås og diskuteres på neste møte.	
		Nasjonale retningslinjer for plastikk-kirurger ble lagt fram. Det er ikke samsvar mellom disse og de nasjonale retningslinjene fra NBCG/ Hdir. Dette er uheldig. Det sendes en henvendelse til utgivere av disse retningslinjene og ber om at Handlingsprogrammet blir fulgt.	Ellen/ arbeidsgruppen for plastikk-kirurgi i NBCG
1812	Retningslinjer for adjuvant 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	Bjørn

		<p>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 gir mer robust informasjon enn rutine immunhistokjemi.</p>	
		<p>Det ble diskutert om adjuvant behandling (endokrin) bør tilbys pasienter med pT1a-bpN0 eller pT1cpN0G1 på generelt grunnlag. En del resultater knyttet til denne problemstilling ble presentert. Resultatene taler for liten effekt ved å benytte dette. Ingen endring ble vedtatt.</p>	
		<p>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 (referanse). 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.</p>	Arbeidsgruppe for medikamentell behandling
		<p>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</p>	Arbeidsgruppe for medikamentell behandling

		<p>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.</p>	
		<p>Behandlingslengde for trastuzumab. Det er kommet resultater fra nye studier (i tillegg til de som tidligere har vært publisert) som har sett på trastuzumab behandlinglengde. SOLD studien viste ikke "non-inferiority" ved 9 ukers behandlinglengde versus 12 mnd, dvs. det var bedre overlevelse med 12 mndrs. behandling. Persephone studien ble presentert på ASCO og viste "non-inferiority" for 6 mndr. behandling versus 12 måneders behandling. Men i denne studien var det en bedre effekt av 12 mnd behandling enn 6 mndr. 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 behandlinglengde 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.</p>	<p>Arbeidsgruppe for medikamentell behandling</p>
		<p>Kan man bruke Denosumab v/reduisert toleranse for Zometa?</p>	

		<p>På ASCO ble resultater fra ABCSG18 og D-CARE studiene presentert m.t.p. sykdomsfri overlevelse; denosumab vs. placebo. ABCSG18 viste en DFS gevinst, mens D-CARE ikke viste dette. Ingen av disse studiene er publisert ennå. Foreløpig vil ikke NBCG anbefale denosumab som adjuvant behandling eller som alternativ til zoledronsyre ved intolerabilitet. I slike tilfeller vil klodronat være et alternativ.</p>	
		<p>Bør docetaxel/trastuzumab sidestilles med paclitaxel/trastuzumab ved pT1pN0HER2+ svulster?</p> <p>Basert på tidligere studie som ikke har vist forskjell mellom docetaxel q3w og paclitaxel qW (Sparano, NEJM, 2008) konkluderte Styringsgruppen med at docetaxel q3w/trastuzumab ansees som likeverdig med paclitaxel qW/trastuzumab.</p>	
		<p>Kan man anbefale kjølehansker/votter ved kjemoterapi gitt som kurativ behandling? Primært mener NBCG at man ved alvorlige bivirkninger under adjuvant docetaxel som tilsier bruk av kjølevotter/hansker bør vurdere skifte til paklitaxel. Men ut over dette aksepteres bruk av kjølevotter og hansker ved adjuvant behandling. NBCG anbefaler ikke bruk av kjølehetten på det nåværende tidspunkt.</p>	
		<p>Er zoledronsyre aktuelt hos pasienter mellom 50 og 55 år som er pre- eller perimenopausale og blir postmenopausale etter kjemoterapi? I henhold til dokumentasjonen fra studier og de anbefalinger som gjelder er zoledronsyre kun anbefalt som adjuvant behandling ved postmenopausal status på tidspunkt for diagnose eller hos induisert postmenopausale (pga. goserelin som del av den adjuvante endokrine behandling).</p>	

		<p>CYP2D6 genotype og betydning for tamoxifenbruk. Det er publisert en review/«guideline» vedr. CYP2D6 status og terapeutiske konsekvenser vedr. tamoxifenbruk (Goetz, Clin Pharmacol Ther., 2018, vol. 103 (5)) Denne ble kun kort diskutert og det er enighet om at det avventes hvordan denne guideline vurderes av ASCO/ESMO/St. Gallen før vi vurderer det i NBCG.</p>	
		<p>Diskusjon av monitorering av menopausal status v/kjemoidusert 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 gjennomgå 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.</p>	<p>Arbeidsgruppe for medikamentell behandling</p>
		<p>Perjeta neo(adjutant). Aphinity-studien ble diskutert i lys av NBCGs anbefaling (som ikke har fått tilslutning i Beslutningsforum enda) om å inkludere pertuzumab i neoadjuvant behandling av store tumores (i.h.t. NeoSphere studien). Det er overlevelsesgevinst i Aphinitystudien, som først og fremst viser seg for lymfeknute positive og/eller ER negative. Det ble enighet om følgende utgangspunkt for bruk av pertuzumab:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aphinitystudien viser overlevelsesgevinst, men den er beskjeden - Tydeligst effekt hos lymfeknute positive og HR negative - Resultatene underbygger betydningen av bruk av pertuzumab 	

		<p>spesielt hos høyrisikopasienter som vanligvis er kandidater for neoadjuvant behandling (betydelig effekt på pCR)– hvor overlevelseskurvene (i NeoSphere) blir understøttet av Aphinity</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasienter med store tumores eller omfattende lymfeknutemetastaser (eller ER negative med T2 tumores) bør tilbys (neo)adjuvant behandling som inkluderer pertuzumab 	
1813	Brystkreftkontroller – organisering og innhold	Det er enighet om at kontrollopplegget etter 5 år hos lokalavanserte bør sidestilles med kontrollopplegg hos øvrige pasienter. Teksten i neste versjon av handlingsprogrammet endres tilsvarende.	
1814	Retningslinjer for behandling av residiv/metastaser	<p>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.</p>	
		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	

		<p>taxan ble stoppet/pauset pga. toksisitet (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. NBCG tar ikke stilling til dette på det nåværende tidspunkt, men anbefaler at trastuzumab/pertuzumab kontinueres når taxan pauses.</p>	
		<p>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.</p>	
1815	Arvelig brystkreft	Ingen saker	
1816	Status EBCTCG, BIG, NBG, Mammografi-programmet	Valg av representanter til Nordic Breast Group (som planlegges opprettet): Ellen Schlichting og Ingvil Mjåland ble valgt	
1817	NBCGs hjemmeside - status	Ingen saker.	
1818	Norsk fellesmøte i San Antonio?	NBCG har besluttet å ikke ta på seg oppgaven å arrangere dette møtet, pga. mye arbeid og kostnader erfart ved siste møte SABCS 2017.	
1819	Eventuelt	Neste styringsgruppemøte i forbindelse med Onkologisk forum i Bergen 14.11.2018	