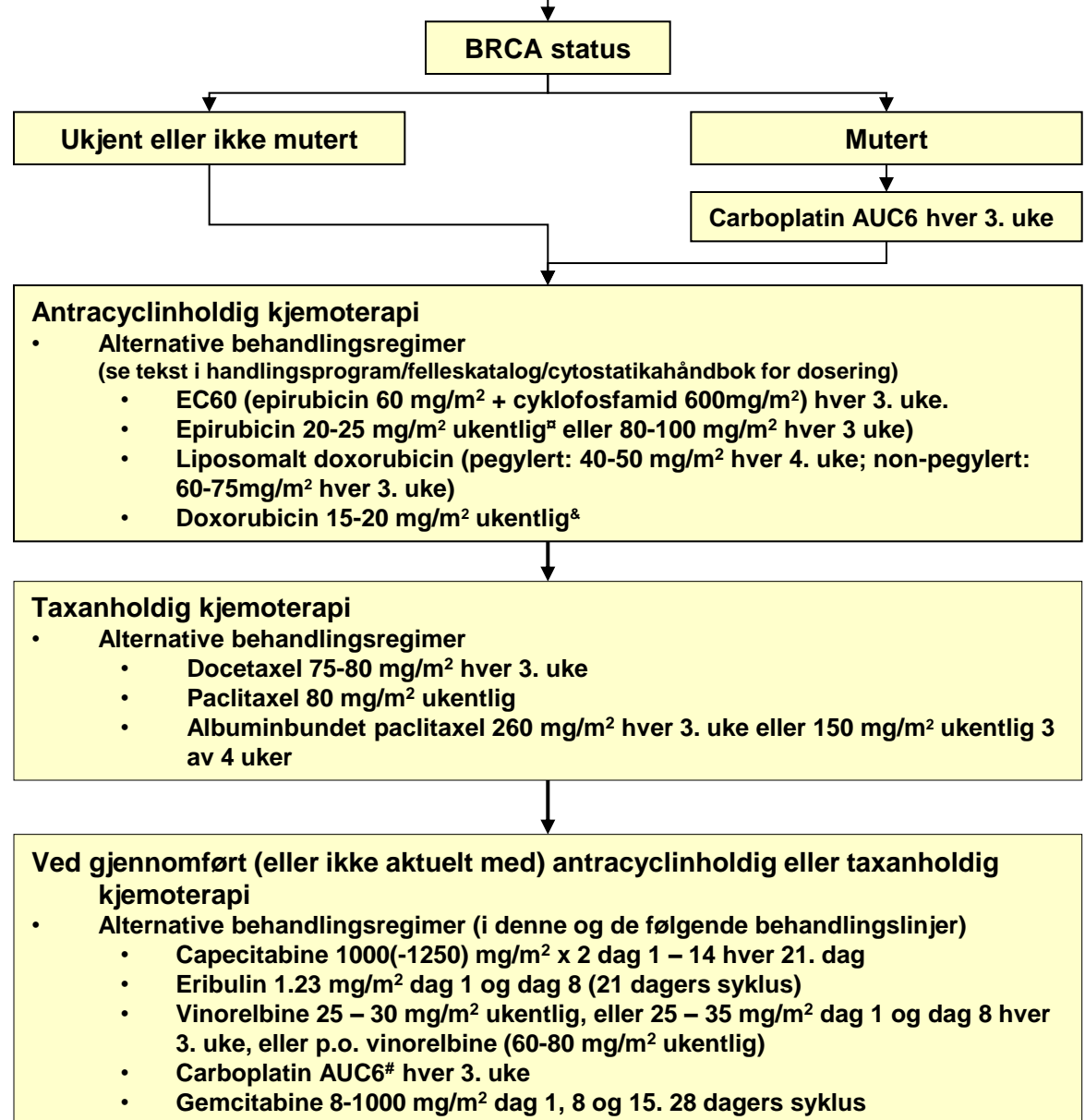


Generelt:

Ved metastaser < 12 måneder etter avsluttet adjuvant behandling med antracyclinholdig kjemoterapi eller taxan anbefales ikke bruk av samme kjemoterapi på ny

HER2 negative pasienter

*Cytostatikabehandling er aktuell som behandling av metastatisk brystkreft når tumor er østrogenreseptor negativ og progesteronreseptor negativ. Hvis tumor initialt er hormonreseptor positiv, er cytostatikabehandling aktuell etter at endokrine regimer ikke lenger har effekt. Indikasjon for kjemoterapi må vurderes nøye, spesielt etter at flere cytostatikum er forsøkt. Antall behandlingslinjer kan derfor variere.
^aEpirubicin anvendes også i fiksert dose 40 mg ukentlig
^aDoxorubicin anvendes også i fiksert dose 20 mg ukentlig
[#]ved trippel negativ brystkreft som ikke er BRCA mutert/ukjent (ved BRCA mutasjon bør carboplatin-inneholdende kjemoterapi primært benyttes i 1. linje)

Generelt:

Ved metastaser < 12 måneder etter avsluttet adjuvant behandling med antracyclinholdig kjemoterapi eller taxan anbefales ikke bruk av samme kjemoterapi på ny

¹s.c. 600 mg fiksert dose hver 3. uke eller i.v. 8 mg/kg loading dose etterfulgt av 6 mg/kg hver 3. uke

²i.v. 840 mg fiksert dose etterfulgt av 420 mg hver 3. uke

*Cytostatikabehandling er aktuell som behandling av metastatisk brystkreft når tumor er østrogenreseptor negativ og progesteronreseptor negativ. Hvis tumor initialt er hormonreseptor positiv, er cytostatikabehandling aktuell etter at endokrine regimer ikke lenger har effekt. Indikasjon for kjemoterapi må vurderes nøye, spesielt etter at flere cytostatikum er forsøkt. Antall behandlingslinjer kan derfor variere.

[#]Trastuzumab (dosering se ¹ + lapatinib oppfattes å ha mindre effekt enn kjemoterapi + HER2-rettet behandling. Kombinasjonen er spesielt aktuelt ved langsomt utviklende sykdom og/eller manglende toleranse for kjemoterapi pga. komorbiditet.

HER2 positive pasienter**HER2-rettet terapi + kjemoterapi (1. linje)**

- Primært bør vurderes å benytte:
 - Docetaxel (75 mg/m² hver 3. uke; alternativt paclitaxel 80 mg/m² hver uke) + trastuzumab¹ + pertuzumab² hver 3. uke
- Alternative behandlingsregimer:
 - Docetaxel (75 mg/m² hver 3. uke) + trastuzumab¹ hver 3. uke
 - Paclitaxel (80 mg/m²) ukentlig + trastuzumab¹ hver 3. uke
 - Vinorelbine 30-35 mg/m² dag 1+dag 8 hver 3. uke + trastuzumab¹ hver 3. uke

HER2-rettet terapi + kjemoterapi (2. linje og senere)

- Primært bør vurderes å benytte:
 - T-DM1 (3.6 mg/kg) hver 3. uke
- Alternative behandlingsregimer
 - Capecitabine p.o. 1000 mg/m² x 2 d1–14 (21d syklus) + lapatinib p.o. 1250 mg x 1 daglig.
 - Ett av de regimer (taxan eller vinorelbine i kombinasjon med trastuzumab) som ikke ble benyttet i 1. linje
 - Capecitabine p.o. 1000 mg/m² x 2 d1–14 (21d syklus) i kombinasjon med trastuzumab¹
 - Trastuzumab¹ + lapatinib p.o. 1250 mg x 1 daglig[#]

Antracyclinholdig kjemoterapi etter at HER2 rettet behandling ikke lenger gir effekt

- Liposomalt doxorubicin (pegylert: 40-50 mg/m² hver 4. uke; non-pegylert: 60-75mg/m² hver 3. uke)

Ved grunnlag for videre kjemoterapi følges behandlingsvalg for HER2 negative pasienter som ikke har vært del av tidligere behandling for pasienten