

Nytt fra NBCG etter styringsgruppemøtet 14.11.2018

For fullstendig oversikt henvises til referatet fra styringsgruppemøtet.

1. Konstituering av ny styringsgruppe og valg av nytt AU:

Det ble konstituert ny styringsgruppe (se vedlegg) og valgt nytt arbeidsutvalg for de kommende 3 år. Følgende medlemmer til nytt AU ble foreslått og innvalgt:

Bjørn Naume (leder)(OUS)

Ellen Schlichting (OUS)

Hans Petter Eikesdal (HUS)

Egil Støre Blix (UNN)

Anne Irene Hagen (St Olav)

2. Lokoregional stråleterapi:

Partiell strålebehandling. Flere studier har vist meget lav lokal residivrisiko etter partiell bestråling av bryst etter BCT hos lavrisikopasienter (IMPORT LOW (Coles, Lancet, 2017), DBCG PBI studien, Brachyterapistudie (Strnad et al. Lancet 2016; 387: 229–38)

Det ble vedtatt at partiell (ekstern) brystbestråling (2.67 Gy x 15) er et akseptabelt alternativ til helbrystbestråling for pasienter ≥ 60 år med lavrisiko brystkreft med alle følgende karakteristika: unifokal pT1 invasivt ikke-lobulært carcinom, grad 1-2, frie render, pN0, ER+, HER2-.

Inntegning av hjertet som risikoorgan kan gjøres ved å inkludere kun myocard eller ved å inkludere pericard, hvor erfaringen er at begge inntegningsmåter gir tilsvarende estimering av gjennomsnittlige stråledoser til hjertet.

3. Kirurgisk behandling/ rekonstruksjon

BCT etter neoadjuvant behandling ved cT4b tumores. Det ble vedtatt at det kan gjøres BCT etter neoadjuvant behandling ved cT4b tumores hvor det har vært meget god effekt av neoadjuvant behandling og hvor det har vært kun lokalisert hudaffeksjon. Dette forutsetter at hudforandringen er gått tilbake i løpet av behandlingen. Man bør fjerne tidligere involvert hud. Disse pasienter bør diskuteres grundig tverrfaglig.

Reokstruksjon og prepeptorale proteser. Det er enighet om at man bør utvise forsiktighet med å legge prepeptorale proteser ved dorsale tumores på grunn av redusert monitoreringsmulighet, og man bør vurdere å fjerne protese prepeptoralt dersom det påvises tumor-on-ink mot fascie på operasjonshistologi.

Implantater og utvikling av lymfom (BIA-ALCL). Eget avsnitt som omhandler dette inkluderes i neste versjon av Handlingsprogrammet.

4. Adjuvant behandling

Bruk av genprofiler i adjuvant behandlingsbeslutning. Det ble vedtatt forslag til endringer i tekst og behandlingsoversikt ved bruk av Prosigna test. Dette legges inn i kommende utgave av Handlingsprogrammet. Behandlingsoversikten legges også ut på nettsiden.

NBCG understreker at genekspresjonstester (som Prosigna test) har bedre dokumentasjon og bør brukes fremfor Ki67/grad for å vurdere indikasjon for kjemoterapi hos pasienter med HR+ HER2- pT1-2pN0 status. De alternative behandlingsskjema med bruk av Ki67 og grad vil fremdeles være gjeldende og kan brukes i de tilfeller der man ikke kan bruke Prosigna/PAM50 test, eller der det ikke er indikasjon for å benytte dette.

Vurdering av risiko for metastaser etter 5 år med endokrin behandling. «CTS5 score» gir informasjon om risiko for metastaser ved residivfri status etter 5 år med endokrin adjuvant behandling – i de neste 5 år (Dowsett et al, JCO 2018). En lenke excel fil for utregning av CTS5 score legges på hjemmesiden. Dette kan bidra til vurdering av potensiell nytte for bruk av forlenget endokrin adjuvant behandling (>5 år). Samtidig må det understrekes at det ikke er generelt grunnlag for å gi AI behandling ut over 5 år.

5. Monitorering av menopausal status v/kjemoidusert amenorre og bruk av AI.

For å klargjøre og sikre optimal beslutning vedrørende endokrin adjuvant behandling gjøres det en tekstendring/presisering i det nye Handlingsprogrammet.

6. Behandling av metastatisk sykdom

Endokrin behandling + trastuzumab + pertuzumab ved HER2 positiv metastatisk brystkreft. Denne kombinasjonen har vist bedret progresjonsfri overlevelse sammenholdt med endokrin behandling + trastuzumab i PERTAIN studien. Dette gjelder spesielt dersom ikke kjemoterapi har vært benyttet initialt sammen med HER2-rettet behandling. Det ble besluttet å inkludere følgende i handlingsprogrammet: *Hvis det er indikasjon for taxan + pertuzumab + trastuzumab (som er første valg) og pasienten ikke kan motta taxan som følge av toksisitet/kontraindikasjoner/komorbiditet, kan man ved hormonreseptor positiv, HER2 positiv sykdom kombinere pertuzumab + trastuzumab med endokrin behandling.*

Bruk av samme kjemoterapi i metastatisk setting som adjuvant. Samsvarende med hva som er vanlig i internasjonale anbefalinger og inklusjonsgrunnlag i studier, er det enighet om at det kan gis samme kjemoterapi dersom det er minimum 12 måneder siden kjemoterapien ble gitt i adjuvant situasjon (tidligere 24 måneder). Anbefalingene endres tilsvarende.