

Referat fra styringsgruppemøte NBCG

Tid: Torsdag 11.06.20, kl. 16-20

Sted: Videomøte Skype

Tilstede: Bjørn Naume, Hans Petter Eikesdal, Egil Støre Blix, Anne Irene Hagen, Bård Mannsåker, Beate Boge, Kjetil Weyde, Jon Lømo, Lars Akslén, Lisa Steffensen, Lene Johnsen, Torgunn Kursetgjerde, Eskil Fluge, Ingvild Moberg, Anette Heie, Jürgen Geisler, Sverrir Olafsson, Linda Romundstad, Solveig Roth Hoff, Marit H. Hansen, Kristin V. Reinertsen, Helle Skjerven, Solveig Nergård (for Christian Korvald), Hildegunn Vetti Høberg, Sunil X Raj, Helge Espelid, Ellen Schlichting

Forfall: Laurens Reitsma, Christian Korvald

Ikke møtt: Bodil Aasvang Olsen, Line Christiansen

Sak nr	Hovedpunkt	Underpunkt	Vedlegg/ansvar
1931	Referat fra forrige møte	Godkjent. AU har utsatt å invitere sykehus som ikke er representert i styringsgruppen som observatører til dette styringsgruppemøtet pga at møtet avholdes per video. Vi sender en henvendelse til disse sykehusene før neste styringsgruppemøte for å avklare interessen for å delta med observatør.	Nestleder
1932	NBCGs økonomi og møter	Saldo per 09.06.20 er 237.436,- (inkl. årets tilskudd fra HDir på kr. 190.000,-). Studiekontoen er på kr. 1.318.738,- (som inkluderer Forskningsprisen). Forventer færre utgifter i år pga færre møter og derved reiseutgifter. Forskningsprisen. Styringsgruppemøtet november 2019 besluttet å ansette	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Ellen Schlichting, Avdeling for Kreftbehandling, Seksjon for Bryst - og endokrinkirurgi, Oslo universitetssykehus, elschl@ous-hf.no

		<p>en person i 20% stilling med oppgaver knyttet til igangsetting av nasjonale studier. AU har endret syn på hvordan pengene best kan benyttes (bl.a. pga vansker med å finne egnet person til tiltenkt oppgave). AU foreslår nå at pengene brukes til å stimulere til å igangsette forskerinitierte kliniske eller translasjonelle brystkreftstudier. Søker må ha godkjent REK søknad for prosjektet. Prosjektet bør involvere minst 3 sykehus og minst et ikke-universitetssykehus og gjerne flere helseregioner. Anslagsvis inntil kr. 200.000,- per prosjekt. AU lager en kort utlysningstekst til nbcgs hjemmeside og som sendes til styringsgruppens medlemmer. Forslaget ble godkjent.</p> <p>Fagmøtet planlagt til 12.06.20 er avlyst pga Corona-pandemien. Onkologisk Forum til høsten er avlyst i tradisjonell form. AU foreslår/planlegger et AU/styringsgruppemøte torsdag 19.11 og et fagmøte fredag 20.11. Fagmøtet planlegges også som et webmøte. Det er ikke rom ledig på Gardermoen, vi ser etter egnet lokale i Oslo. Aktuelle tema for fagprogram som ble laget til fagmøtet som skulle vært nå, brukes som utgangspunkt for et fagmøte i november. Nytt temaforslag: ulike aspekter rundt lobulære carcinom og presentasjon av IMPRESs ved Hege Russnes.</p> <p>Hans Petter Eikesdal ga en kort presentasjon av Nytt fra ASCO.</p>	<p>AU</p> <p>AU</p>
1933	NBCGs statutter og organisering	Intet nytt.	

1934	<p>Publikasjoner fra studier med avsluttet inklusjon men fremdeles pågående analyser, siden forrige møte.</p>	<p>Følgende studier har avsluttet inklusjon men har pågående analyser: NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien) (Per E. Lønning) NBCG 9 SATT studien (Bjørn Naume) NBCG12 (ALTO) (Anna Sætersdal) NBCG13 (NeoALTO)(Bjørn Naume) SafeHER (OUS, SUS, Sørlandet) (Kristin V Reinertsen) Targit studien (St Olav) (Steinar Lundgren) NeoAva (OUS + St Olav)(Olav Engebråten) Hypofraksjoneringsstudien (SUS, Sørlandet) (Ingvil Mjaaland) BERENICE (Hege Oma Ohnstad). KAITHLIN (Olav Engebråten) MONALEESA-2 (Hans Petter Eikesdal) DoseDense (HUS)(Per E Lønning) Bay BC Ra233 Study B (17096) studien (Bjørn Naume) Bay BC Ra233 Study B (16298) studien (Bjørn Naume) Impassion 130 (Roche)(Bjørnar Gilje) EBBA2 studien (NBCG 14) (OUS, St Olav, VV Drammen)(Inger Thune) BELLE-3 (etter progresjon på everolimus)(Per E. Lønning) BROCADE 3 (AbbVie studien M12-914) (Hans Petter Eikesdal) Complement 1 (Louay Garabet, Kalnes) PETREMAC studien (NBCG 15) PErsonalized TREatment of high-risk MAmmary Cancer (Hans Petter Eikesdal) Exceptional Responders Program (Hans Petter Eikesdal) Positive Trial. (NBCG16)(Anna Sætersdal).</p> <p>Vi vil gjerne motta nye publikasjoner fra studiene, ellers bare info om når studien ble avsluttet.</p> <p>Det har kommet en interessant publikasjon fra ALTO studien: Long-term cardiac outcomes of patients with HER2-positive breast cancer treated in the adjuvant lapatinib and/or trastuzumab Treatment Optimization Trial. BJC 2020;122:1453-60. Denne viser at det ikke er forskjell i cardiale events</p>	
------	--	---	--

		ved bruk av enten Trastuzumab eller Trastuzumab+Lapatinib. Totalt var det 8-9% cardiac events (som også inkluderer fall i EF uten symptomer).	
1935	Status protokoller med pågående inklusjon	<p>Improved Breast Cancer Therapy (I-BCT-1) in the Neoadjuvant and Metastatic Setting. I-BCT studien (Olav Engebråten). 181 pas. i kohort A (neoadjuvant), 11 i kohort B (metastatisk)</p> <p>Kvalitetssikringsprosjekt etter Targit studien: intra-operativ stråleterapi for lavrisikopasienter (Steinar Lundgren). Raj sjekker.</p> <p>Skagen Trial I – hypofraksjonert lokoregional (Ingvil Mjaaland). 390 pas.</p> <p>ALICE (NBCG17): A randomized placebo-controlled phase II study evaluating atezolizumab combined with immunogenic chemotherapy in patients with metastatic triple-negative breast cancer (Jon Amund Kyte). RT vs konvensjonell fraksjonering. 51 pas.</p> <p>ICON CA209-9FN (NBCG18): A randomized phase IIb study evaluating immunogenic chemotherapy combined with ipilimumab and nivolumab in patients with luminal B breast cancer (Jon Amund Kyte). 67 pas.</p> <p>p53 bryst-studien (Høydose cyklofosamid) (Hans Petter Eikesdal). 31 pas.</p> <p>NEOLETEXE. Presurgical treatment with letrozole and exemestane in postmenopausal patients with ER-positive, locally advanced breast cancer: an intra-patient, cross-over trial (Jürgen Geisler). 70 pas.</p> <p>Prospektiv studien: Seneffekter etter brystkreft og lymfombehandling (Cecilie Kiserud/Kristin V. Reinertsen). 224 pas. bryst og 160 lymfom</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> (Helle Skjerven). 75 pas.</p> <p>EMIT1 (NBCG19). Establishment of Molecular Profiling for Individual clinical routine Treatment decisions in Early Breast Cancer (Bjørn Naume). 426 pas.</p> <p>OPTIMA/EMIT2 (NBCG20). Optimal Personalised Treatment of early breast cancer using Multi-parameter Analysis (Bjørn Naume). 58 pas.</p> <p>The DBCG RT Natural Trial (NBCG21): Partial Breast Versus no Irradiation</p>	Sunil X. Raj

		<p>for Women \geq60 Years Operated With Breast Conservation for an Early Breast Cancer: a Clinically Controlled Randomized Phase III Trial (Ingvil Mjaaland). 29 pas. (obs. oppgitt tidsintervall for randomisering er ikke absolutt, kan være litt kort tidsfrist slik det nå står i protokollen, kfr. Mjaaland).</p> <p>For ytterligere informasjon om studiene; se oversikt på www.nbcg.no</p>	
1936	Nye studier i startgropen/nye studier til diskusjon	<ol style="list-style-type: none"> 1. PETREMAC 2. PErsonalized TREatment of high-risk MAMmary Cancer. (Hans Petter Eikesdal). Ikke noe nytt. 2. Henvendelse fra NGICG-HPB ved leder Kristoffer Lassen vedr. deltakelse i BreCLIM (RCT som sammenligner leverkirurgi (med neoadjuvant og adjuvant kjemoterapi) for oligometastatisk brystkreft med kjemoterapi alene. Ikke noe nytt. 3. INDAX. Individualized locoregional treatment of initially biopsy-proven node-positive breast cancer after neoadjuvant chemotherapy. Vansker med finansiering, avslag første runde i Vetenskapsrådet i Sverige. Arbeider videre med det, samt REK søknad. Alle store sykehus med neoadjuvant behandling i Norge har vist interesse for å delta i studien. 4. Taormina. Stereotaktisk strålebehandling + systemisk behandling sammenlignet med bare systemisk behandling ved oligometastatisk sykdom i første linje. Naume har nylig fått mail fra Barbro Linderholm, planlegges som en EORTC studie. Går videre til andre runde i Vetenskapsrådet i Sverige med tanke på finansiering. 5. Predix II HER2. Neoadjuvant studie fra Karolinska (utprøving av atezolizumab). Ikke diskutert, men er foreløpig til vurdering ved OUS. 6. Flere industrisponsede studier er til innledende vurdering. 	

1937	Blåboka/Nasjonalt handlingsprogram/Helsedirektoratet/ Nasjonale saker	<ol style="list-style-type: none"> 1. Takk til styringsgruppemedlemmer for god hjelp med referansesjekk av siste utgave av Handlingsprogrammet! Patologene leverer snarlig noen få endringer i sin del. 2. Siste revisjon av Handlingsprogrammet (14. utgave) er nylig lagt ut. De viktigste endringene er beskrevet både på nbcg nettside og i den siste versjonen av Handlingsprogrammet (kap. 18.4). 3. Hans Petter Eikesdal har laget en omtale av genpaneler og annen somatisk mutasjonstesting. Denne legges ut som et nytt avsnitt i Handlingsprogrammet (diagnostikkdelen). 4. Ny EUSOMA publikasjon (The requirements of a specialist breast centre, The Breast 2020;51:65-84) – betydning for Norge? AU foreslår en kartlegging i Norge vedr. hvor er vi i forhold til akkreditering som beskrevet i artikkelen? Se f.eks. http://www.breastcentrescertification.com, denne baserer seg på EUSOMA sine kvalitetsindikatorer. AU lager et forslag til et enkelt spørreskjema som sendes til styringsgruppemedlemmene/seksjonene som behandler brystkreft med samtidig informasjon til fagdirektørene. 5. Samvalgsverktøy brystkreft. Er ikke funksjonelt. Foreløpig en passiv holdning fra nbcg til bruk av verktøyet. En evaluering er planlagt fra initiativtakerne på Samvalgssenteret i Tromsø. 6. Beslutningsforum/Metodevurderinger. Atezolizumab+nab-paklitaxel ved 1. linje metastatisk TNBC ble godkjent i Beslutningsforum i april 2020 (...til behandling av voksne pasienter med inoperabel lokalavansert eller metastatisk trippel-negativ brystkreft med tumorer med PD-L1 uttrykk lik eller større enn 1%, og som ikke tidligere har fått kjemoterapi for metastatisk sykdom). 	<p>Leder</p> <p>Nestleder</p>
------	--	--	-------------------------------

		<p>Metodevurderinger under arbeid eller som venter på oppstart (i hht søk på nettsiden for Nye Metoder) er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alpelisib (PI3Kα hemmer)+fulvestrant til PIK3CA mutert avansert brystkreft (etter progresjon på aromaatasehemmer), • T-DM1 i adjuvant behandling av HER2 positiv brystkreft (ved rest-tumor etter neoadjuvant behandling), • Talazoparib og olaparib (PARP hemmer) til behandling av BRCA-mutert HER2 negativ lokalavansert eller metastatisk brystkreft, • Neratinib til forlenget adjuvant behandling av voksne pasienter i tidlig stadium av hormonreceptorpositiv HER2-overtrykt/forsterket brystkreft, som fullførte adjuvant behandling med trastuzumab for mindre enn ett år siden (fra 2017). 	
1938	Corona-pandemien	<p>Erfaringer og status på de enkelte sykehus. Det er ikke rapportert vesentlige problemer i behandlingen av brystkreftpasienter i Norge. Innlandet ved Hamar sykehus har hatt 2 tilfelle med påvist koronasmitte og derved stor nedstengning av aktivitet.</p>	
1939	Nasjonalt brystkreftregister	<ol style="list-style-type: none"> 1. Endringer i AU i NBCR. Naume/Schlichting har gått ut av AU og er erstattet av Helle Skjerven som er ny leder av AU og Sunil Raj. 2. Status for årsrapporten for 2019. Pga Covid 19 situasjonen vil det ikke bli rapportert om DCIS for 2019 (så langt). Starter arbeidet med revisjon av skjema i NBCR høsten 2020 med mål om ferdigstilling 2021. Ønsker å unngå dobbeltregistreringer ved å 	

		innhente registreringer som gjøres via andre steder. Møte i fagrådet uke 25.	
1940	Saker/innspill fra ansvarsgruppene:	Patologi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Retningslinjer for anti-PD-L1 testing ved inklusjon av atezolizumab+nab-paklitaxel til TNBC i Handlingsprogrammet. Se pkt. 6 under medikamentell behandling. 	
		Radiologi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Status arbeidsgruppen som ser på bruk av MR bryst i Norge. Solveig Roth Hoff redegjorde og mener vi har gode retningslinjer for bruk av MR. Kapasitet til MR varierer og registreringspraksis vedr. bruk kan være ulik på BDS. Det ble konkludert med at det ikke er behov for å se nærmere på dette i form av den tidligere nedsatte arbeidsgruppen. Praksis i Norge synes fornuftig ut fra det vi kjenner til. 2. Status vedr. harmonisering mellom lymfomprogrammet og vårt handlingsprogram. Arbeidet er ikke ferdig. Solveig Roth Hoff rapporterte om arbeidet så langt. 	
		Arvelig kreft: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ny ASCO guideline (se tidligere utsendt artikkel, med agendaen). Foreløpig ikke grunnlag for endringer i Handlingsprogrammet som følge av dette. Ansvarsgruppe arvelig kreft går gjennom artikkelen til neste styringsgruppemøte. 	

		<p>Stråleterapi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Innspill fra T. Kursetgjerde: Mer hypofraksjonert strålebehandling? Kfr. studien: Hypofractionated breast radiotherapy for 1 week versus 3 weeks (FAST-Forward): 5 –year efficacy and late normal tissue effects results from a multicentre, non-inferiority, randomised, phase 3 trial. Studien viser at det ikke er noen forskjell i ipsilaterale lokale tilbakefall med median obs.tid på 71,5 mndr. Kosmetisk resultat akseptabelt så langt, men noe mer ødem, teleangiektasier og brystindurasjon ved 27 Gy på 5 fraksjoner (1 uke) sammenlignet med 40 Gy på 15 fraksjoner over 3 uker eller 26 Gy på 5 fraksjoner (1 uke). Tydelig forskjell på 26 og 27 Gy vedr. bivirkninger. Stavanger har brukt dette hos 10 pasienter i forbindelse med Coronautbruddet og vil følge disse spesielt framover. Vi mener det er for kort observasjonstid til å endre retningslinjer i Norge på området nå, men det kan være aktuelt å benytte i en krisesituasjon. 2. Rebestråling etter brystkreftresidiv og brystbevarende operasjon. En ny studie (Douglas et al. JAMA Oncol 2020;6:75-82) viser at partiell rebestråling er gjennomførbart og kan være et alternativ til mastektomi. Det gjøres ingen endringer i det som står i Handlingsprogrammet vedrørende rebestråling nå, artikkelen er allerede referert til i handlingsprogrammet. Stråleterapigruppa vil vurdere om det er behov for justeringer i tekst ved neste gjennomgang av stråleterapiretningslinjene. 3. Boost og onkoplastikk (jfr. diskusjon ved forrige styringsgruppemøte). Nytt forslag til omtale (utsendt med agendaen) ble gjennomgått og godkjent. 	<p>Ansvarsgruppe stråleterapi</p>
		<p>Medikamentell behandling:</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Varighet behandling Perjeta palliativt, begrensning i tid? Har ikke data på dette, altså ingen begrensning og kan benyttes så lenge man har god effekt og tolerabilitet. 2. DPD testing. Anbefales før oppstart av capecitabin. Alle bør kjenne til tilbudet, info er utsendt alle onkologiske avdelinger. I OUS gjøres analysen ved Medisinsk biokjemi på Rikshospitalet. 3. Abemaciclib+fulvestrant+trastuzumab. Studie (Tolaney SN et al. Lancet Oncol 2020, online april) viser at etter minst to HER2 rettede behandlingsregimer i metastatisk situasjon hos HR+HER2+ pasienter ga abemaciclib+fulvestrant+trastuzumab forbedret progresjonsfri overlevelse sammenlignet med standard kjemoterapi+ trastuzumab (monarchER). Abemaciclib+trastuzumab viste sammenlignbar effekt som standard kjemoterapi+ trastuzumab. Kjemoterapifri behandling som inkluderer CDK4/6 hemmer og trastuzumab kan i fremtiden bli en alternativ behandlingstilgang til pasienter med HR+HER2+ avansert brystkreft. Foreløpig kun til informasjon, endres ikke i Handlingsprogrammet. 4. Publikasjon i JCO vedrørende kosttilskudd. En substudie av SWOG studien S0221, Dietary supplement use during chemotherapy and survival outcomes of patients with breast cancer enrolled in a cooperative group clinical trial (SWOG S0221) (Ambrosone CB et al. JCO 2019; 38, 8: 804-14), indikerte negative effekter ved bruk av antioksydant tilskudd som f.eks. vit.A,C,E, karotenodier, Q10, og signifikant ugunstige effekter av jern og Vitamin B12 ved bruk både før og under kjemoterapibehandling. Risiko for tilbakefall øker. Det anbefales (som tidligere) ikke bruk av kosttilskudd/antioksidanter under kjemoterapi. 	
--	--	---	--

		<p>5. Adjuvant endokrin behandling: Harmonisering av retningslinjer for behandling for pT1c grad 1 med og uten Prosigna. Følgende ble besluttet: Pasienter som får utført Prosignatest med klassifikasjon Lum A pT1cpN0 med ROR score<40: Endokrin behandling hvis grad 2-3, ingen endokrin behandling hvis grad 1 (dvs. tilsvarende vurdering som uten Prosigna test ved grad 1). I fotnote vil det som tidligere stå at ROR score nær cut offs kan gi grunnlag for individuell vurdering av behandling).</p> <p>1. Atezolizumab + nab-paklitaxel til TNBC, 1. linjes behandling (basert på Impassion 130 studien; Schmid et al. Lancet Oncol 2020;21:44-59). Hos pasienter med tidligere ubehandlet, metastatisk trippel negativ brystkreftsykdom og PD-L1 positiv status, viste oppdaterte resultater fra Impassion130 studien en syv måneders forlenget overlevelse på behandling med nab-paklitaxel og atezolizumab sammenlignet med nab-paklitaxel og placebo. PD-L1 positiv status var definert som PD-L1 ekspresjon≥1% i immuncellene i tumor (ikke tumorcellene; målt som positiv arealfraksjon innenfor tumorkonturen), med bruk av Ventana PD-L1 (SP142) assay. Det ble ikke påvist effekt av atezolizumab hos pasienter med <1% PD-L1 positive celler. Studien inkluderte pasienter med debut av metastatisk sykdom mer enn 12 måneder etter avsluttet adjuvant kjemoterapi (Schmid et al. Lancet Oncol 2020;21:44-59).</p> <p>Som følge av disse resultatene kan det anbefales behandling med nab-paklitaxel (100 mg/m² ukentlig 3 av 4 uker, 28 dagers syklus) i kombinasjon med atezolizumab (840 mg hver 2. uke) i første linje til pasienter med metastatisk trippel negativ brystkreft som tilfredsstill alle følgende kriterier:</p>	<p>Lømo/Akslen/AU</p>
--	--	--	-----------------------

		<ul style="list-style-type: none"> • tidligere ikke mottatt adjuvant kjemoterapi eller avsluttet adjuvant kjemoterapi (med eller uten taxaner) for ≥ 12 måneder siden • egnet til å motta slik behandling • påvist $\geq 1\%$ PD-L1 positive immunceller i tumor <p>PD-L1 analyse bør primært gjøres på biopsi av metastase. Dersom metastase ikke er tilgjengelig for biopsi eller det er tvil om grunnlaget for å gi atezolizumab kan man også benytte arkivmateriale (fra primærtumor). Ved immunfarging for PD-L1 er det viktig at benyttes riktig (og validert) antistoff og metode, dvs. Ventana PD-L1 (SP142) Assay ettersom det er vist at ulike PD-L1 antistoff har ulik deteksjonsgrad ved brystkreft, og også i ulik grad vil farge immunceller og tumorceller (presentert av Hope Rugo på ESMO2019, foreløpig ikke publisert).</p> <p>Denne teksten (over) vil inkluderes i en snarlig mindre oppdatering i Handlingsprogrammet.</p> <p>PD-L1 er en enkel immunhistokjemisk undersøkelse som tar 2-3 dager. Ikke alle laboratorier har denne analysen tilgjengelig ennå. Rekvisisjonen påføres diagnose og klinisk problemstilling og at det ønskes PD-L1 analyse. Beslutningsforum godkjente bruk av atezolizumab i kombinasjon med nab-paclitaxel i mars 2020 og patologene har ferdigstilt prosedyre for denne PD-L1 analysen.</p> <p>2. Adjuvant neratinib for HR+HER2+ høyrisikopasienter etter trastuzumab/pertuzumab – aktuelt å inkludere i</p>	
--	--	---	--

		<p>Handlingsprogrammet? Som følge av at pertuzumab benyttes for stadium 2 pasienter med lymfeknutemetastaser og for lokalavanserte, har vi ikke dokumentasjonsgrunnlag for å anbefale neratinib etter avsluttet trastuzumab/pertuzumab. I ExteNet studien som viste effekt av neratinib etter trastuzumab, ble det kun påvist forskjell i sykdomsfri overlevelse hos hormonreseptor positive pasienter. Det var kun 24% av pasientene i studien som var lymfeknute negative, men for denne gruppen var det ingen sikker forskjell i sykdomsfri overlevelse (HR 0.83 (95% CI 0.41-1.65)). Grunnlaget for bruk av neratinib kan således kun være for HR+HER2+ pN+ pasienter som ikke tolererer pertuzumab.</p> <p>3. Capecitabine. Post-neoadjuvant behandling med capecitabine: legger til følgende formulering i Handlingsprogrammet: «tidspunkt for denne behandlingen vil vanligvis være etter avsluttet strålebehandling».</p> <p>4. Informasjon om studie som gir oversikt over overlevelse ved metastatisk brystkreft: Contemporary outcomes of metastatic breast cancer among 22.000 women from the multicenter ESME cohort 2008-2016 (Deluche E et al. Eur J Cancer 2020;129:60-70). Median overlevelse var 39,5 måneder og 5-års overlevelse 33,8%. HR+/HER2- hadde en median OS på 43,3 mnd, HER2+ 50,1 mnd og 14,8 mnd hos TN subgruppe.</p> <p>Kirurgi</p> <p>1. Små tekstlige justeringer i Handlingsprogrammet er vedtatt:</p> <p>a. Kap. 5.2.1 i Handlingsprogrammet. Klipping av sårhule. Tekst som sier at det skal klipses med 10 klips ved diagnostisk</p>	
--	--	---	--

		<p>merkebiopsi endres til: «Sårhulen skal alltid klipses, men antall klips kan være mindre der sårhulen er liten og/eller mistanken om cancer/DCIS er liten. Det bør alltid benyttes minst 5 klips slik at dorsalt, medialt, lateralt, kranialt og kaudalt i sårhulen er definert.»</p> <p>b. Kapittel om onkoplastisk kirurgi. Tekst endres fra at «pasienter som er aktuelle for boostbestråling må informeres om at inngrepet kan vanskeliggjøre/umuliggjøre slik strålebehandling» til følgende: «Operatør må være kjent med at boostområdet kan bli vanskeligere å identifisere ved stråleplanleggingen. Videre kan området for boostbestråling øke i størrelse, noe som kan medføre økt risiko for redusert kosmetisk resultat, fibrose og/eller økt stråledose på underliggende organer.»</p> <p>c. Kap. 5.7, s.59 (DCIS og BCT). Fjerner setningsdelen som sier: «..dersom kvinnene etter informasjon aksepterer den økte risiko for lokale recidiv.».</p> <p>d. Kap. 5.7, s.59 (DCIS og BCT). Fjerner setningen som sier at det anbefales alltid å etterstrebe minst 5 mm fri kant. Det er ikke grunnlag for å si at 5 mm er bedre enn 2 mm og dette er igjen i tråd med anbefalinger fra nccn guidelines 2020.</p> <p>2. Lokalavanserte, lobulære cancere, diagnostikk og behandling. Er det mulig å gjøre Prosigna/subtype-klassifisering (skille Lum A fra Lum B) på vevsprøver for å vurdere behandlingsalternativ? Ønsker en bredere gjennomgang av temaet til styringsgruppemøtet og fagmøtet i november. Følgende er foreslått (av leder/nestleder) i etterkant av Styringsgruppemøtet: AU diskuterer dette tidlig i høst.</p> <p>a. Immunhistokjemisk diagnostikk for klassifisering av lobulære carcinomer i klinisk relevante undergrupper (Jon</p>	
--	--	--	--

		<p>Lømo)</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Kan molekylær profildiagnostikk i biopsier bedre klassifiseringen av lobulære carcinomer? (Hege G. Russnes) c. Billeddiagnostikk av bryst ved undergrupper av lobulære carcinomer før og under neoadjuvant behandling – kan vi stole på vurdering av tumorutbredelse og effekt av neoadjuvant terapi? (forslag til radiolog?) d. Type neoadjuvant behandling til hvem? (onkolog i NBCG) e. Hvilken kirurgi bør gis til hvem? (kirurg i NBCG) <p>3. Er det grunnlag for å kontrollere østrogenreseptorpositive pasienter i mer enn 10 år, evt. også etter fylte 70 år, med bakgrunn i at residiv i denne gruppen kan komme 10-20 år etter primæroperasjon? Det ble ikke funnet grunnlag for å endre nåværende kontrollforslag i Handlingsprogrammet.</p>	
1941	Status EBCTCG, BIG, NBG, Mammografiprogrammet	Mammografiprogrammet ble stoppet 12.03.20 pga Coronautbruddet og åpnet igjen ved flere sentra fra 21.05.20. Kapasiteten varierer rundt i landet. Målet er å komme ajour i løpet av 2 år. Fra høsten er det tillatt for BDS å ta egenandel ved etterundersøkelser.	
1942	NBCGs hjemmeside – status	Oppdatert.	
1943	Eventuelt	Utredning av metastaser og responseevaluering av pasienter med metastaser – status for helkropp-MR eller funksjonell MR. Spørsmål fra Bård Mannsåker om nbcg bør utrede dette. Kunnskapsnivået om dette er lite hos styringsgruppens medlemmer. Leder tar kontakt med overlege og radiolog Knut Håkon Hole på Radiumhospitalet for å skaffe mer informasjon.	Leder

		<p>Neste møte i styringsgruppen blir torsdag 19.11.20 og fagmøte planlegges til fredag 20.11.20, begge i Oslo. Vi sjekker om det er ledig lokale hos Helsedirektoratet, evt. ved sykehus i Oslo. Planlegger web-overføring av fagmøtet og forhåpentligvis minst 50 deltakere i auditoriet. Corona-situasjonen følges med tanke på arrangementsmuligheter.</p>	<p>Nestleder</p>
--	--	---	------------------