

## Referat fra styringsgruppemøte NBCG

Tid: Onsdag 17.11.21 kl. 16-20

Sted: Scandic Oslo Airport Hotel samt digitalt via Zoom, hybrid møte pga coronapandemien

Tilstede: Eskil Fluge, Helle Skjerven, Sverrir Olafsson, Kristin Reinertsen, Silje Songe Møller, Hans Petter Eikesdal, Egil Støre Blix, Bjørn Naume, Ingvild Ona Moberg, Helge Espelid, Linda Romundstad, Bård Mannsåker, Christian Korvald, Alina Porojnicu, Ingvil Mjaaland, Ellen Schlichting.  
Observatør: Beate Boge

Via Zoom: Solveig Roth Hoff, Anette Heie, Marit H. Hansen, Monica Engstrøm, Anne Irene Hagen, Torgunn Kursetgjerde, Hildegunn Vetti, Jürgen Geisler, Sunil X Raj, Laurens Reitsma, Lisa Steffensen, Jaroslav Bublevic. Observatør: Magdalena Aas Vestlid

Meldt forfall: Lene Johnsen, Lars Akslen, Jon Lømo

Sak nr	Hovedpunkt	Underpunkt	Vedlegg
1970	Referat fra forrige møte	Godkjent	
1971	Konstituering og valg	Konstituering av ny styringsgruppe inkludert valg av arbeidsutvalg, leder og sekretær (nestleder). Valgkomiteens innstilling for nytt arbeidsutvalg ble godkjent. Bjørn Naume ble gjenvalgt som leder og Ellen Schlichting som nestleder. Anne Irene Hagen går ut av AU og erstattes av Anette Heie. Egil Støre Blix og Hans Petter Eikesdal fortsetter i AU. Den nye styringsgruppen ble konstituert. Nye medlemmer av styringsgruppen er Silje Songe Møller, Alina Porojnicu, Monica Engstrøm og Jaroslav Bublevic. Velkommen til dere!	

### 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

1972	<b>NBCGs økonomi og møter</b>	<p>Saldo konto HD 234.468,-          Utlegg siden siste møte 1.273,-          NBCG er innvilget tilskudd kr 236.110,- for 2021 fra HD. Som følge av at saldo per 01.01.21 var kr 236.110,- ble det utbetalt kr 0,- Det vil si at ubrukte midler fra tidligere år er overført til i år.          Saldo studiekonto 1.313.031,-</p> <p>AU har hatt to møter siden siste styringsgruppemøte i juni.</p> <p>Søknad om forskningsmidler fra NBCG: Det forelå en søknad fra Olav Engebråten om tildeling av midler fra Forskningsprisen (Biomarker for ADC therapy (in HER2 positive breast cancer)). Dette er en revidert søknad fra tidligere søknad som ikke ble innvilget. Den er nå endret til også å inkludere en prospektiv del og er en ny studie. Prosjektet er ment å skulle inkludere pasienter fra hele landet. Søknaden fyller nå kriteriene. Det var søkt om kr. 200.000,-, dette ble innvilget.</p> <p>Det ble besluttet at AXANA studien (Ellen Schlichting) kan tildeles kr. 200.000,- etter beslutning fra AU når godkjent søknad foreligger (prosjektet må bl.a. involvere minst 3 sykehus og et ikke-universitetssykehus, avventer tilsagn om deltakelse fra alle sykehus før søknad sendes).</p>	
1973	<b>NBCGs statutter og organisering</b>	<p>Observatører til styringsgruppen:          I 2019 besluttet nbcg en prøveordning hvor representanter fra</p>	

		<p>sykehus som ikke er representert i styringsgruppen, kan få en invitasjon til å møte med en observatør. En slik invitasjon var nå sendt ut til Sykehuset Innlandet, Sykehuset Sørlandet, Sykehuset Telemark og Sykehuset Vestfold, som ikke har representanter i styringsgruppen i dag. For å sikre god informasjonsflyt til flere sykehus ble det foreslått at styringsgruppen utvides slik at alle sykehus som har et BDS og ikke har representant til styringsgruppen (som følge av det ordinære valget) kan utnevne en representant fra hvert av disse sykehusene. Et forslag til endrete statutter for styringsgruppens sammensetning vil foreligge til neste styringsgruppemøte i juni 2022.</p> <p>Valg av arbeidsutvalg og leder:</p> <p>Det ble foreslått å endre statuttene til: «Styringsgruppen velger blant kirurgene og onkologene et arbeidsutvalg (AU) på 5 personer (minimum 2 kirurger og 2 onkologer). Styringsgruppen velger leder og nestleder/sekretær blant AUs medlemmer. AUs funksjonstid er 3 år. Medlemmer av AU kan gjenvelges. AU, leder, nestleder/sekretær velges i forbindelse med konstitueringen av styringsgruppen, etter forslag fra valgkomiteen. Valgkomite for nytt AU, leder og nestleder/sekretær oppnevnes av den gamle styringsgruppen på siste møte før den nye konstitueres. AU tiltrer umiddelbart etter valget.» Dette forslaget vil bli fremmet for vedtak ved neste styringsgruppemøte i juni 2022.</p> <p>Medlemmer i arbeidsgruppene må oppdateres. Leder for hver</p>	
--	--	---	--

		arbeidsgruppe tilskrives om dette.	
1974	<b>Status protokoller med avsluttet inklusjon, men fremdeles pågående analyser</b>	<p>Oversikten under er til orientering. Dersom det er oppdateringer på studiene, send en mail til leder eller nestleder om det. Er det fremkommet resultater som ønskes presentert på et styringsgruppemøte, evt. ønskes vurdert for presentasjon på faggruppemøte, send gjerne en beskjed om det.</p> <p>NBCG 6 Neoadjuvant (Neotax-studien) (Per E. Lønning)  NBCG 9 SATT studien (Bjørn Naume)  NBCG12 (ALTTO) (Anna Sætersdal)  NBCG13 (NeoALTTO) (Bjørn Naume)  Targit studien (St Olav) (Steinar Lundgren)  NeoAva (OUS + St Olav) (Olav Engebråten)  Hypofraksjoneringsstudien (SUS, Sørlandet) (Ingvil Mjaaland)  KAITLIN (Olav Engebråten)  MONALEESA-2 (Hans Petter Eikesdal)  DoseDense (HUS) (Per E Lønning)  Bay BC Ra233 Study B (17096) studien (Bjørn Naume)  EBBA2 studien (NBCG 14) (OUS, St Olav, VV Drammen) (Inger Thune)  BELLE-3 (etter progresjon på everolimus) (Lønning)  BROCADE 3 (AbbVie studien M12-914) (Hans Petter Eikesdal)  Complement 1 (Louay Garabet, Kalnes). Avsluttet med følgende pulbikasjon I 2021: Laurentiis et al, BREA 2021:  <a href="https://doi.org/10.1007/s10549-021-06334-0">https://doi.org/10.1007/s10549-021-06334-0</a>  PETREMAC studien (NBCG 15) PErsonalized TREatment of high-risk MAmmary Cancer (Hans Petter Eikesdal)  Positive Trial. Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting</p>	

		<p>Therapy for Women With Endocrine Responsive Breast Cancer (Anna Sætersdal)</p> <p>I-BCT studien Improved Breast Cancer Therapy (I-BCT-1) in the Neoadjuvant and Metastatic Setting. (Olav Engebråten)</p> <p>ICON CA209-9FN: A randomized phase IIb study evaluating immunogenic chemotherapy combined with ipilimumab and nivolumab in patients with luminal B breast cancer (Jon Amund Kyte)</p> <p>NeoBCT-2. Breast conserving surgery (BCT) after neoadjuvant therapy for large primary breast cancer (T2-T3) with infavourable tumor-to-breast size ratio (Helle Skjerven)</p> <p>Skagen Trial I – hypofraksjonert lokoregional (Ingvil Mjaaland)</p>	
1975	<b>Status protokoller med pågående inklusjon</b>	<p><b>Kvalitetssikringsprosjekt etter Targit studien:</b> intra-operativ stråleterapi for lavrisikopasienter (Steinar Lundgren).</p> <p><b>ALICE:</b> A randomized placebo-controlled phase II study evaluating atezolizumab combined with immunogenic chemotherapy in patients with metastatic triple-negative breast cancer (Jon Amund Kyte). 64 pas. (av 75 planlagte)</p> <p><b>p53 bryst-studien</b> (Høydose cyklofosamid) (Hans Petter Eikesdal)</p> <p><b>NEOLETEXE.</b> Presurgical treatment with letrozole and exemestane in postmenopausal patients with ER-positive, locally advanced breast cancer: an intra-patient, cross-over trial (Jürgen Geisler)</p> <p><b>Prospektiv studien:</b> Seneffekter etter brystkreft og lymfombehandling (Cecilie Kiserud/Kristin V. Reinertsen)</p> <p><b>EMIT1.</b> Establishment of Molecular Profiling for Individual clinical routine Treatment decisions in Early Breast Cancer (Bjørn Naume) 1638 pas. i Norge</p> <p><b>OPTIMA/EMIT2.</b> Optimal Personalised Treatment of early breast</p>	

		<p>cancer using Multi-parameter Analysis (Bjørn Naume) 153 pas. i Norge</p> <p><b>The DBCG RT Natural Trial:</b> Partial Breast Versus no Irradiation for Women <math>\geq 60</math> Years Operated With Breast Conservation for an Early Breast Cancer: a Clinically Controlled Randomized Phase III Trial (Ingvil Mjaaland) 58 pas.</p> <p><b>EPIK-B3:</b> A phase III, multicenter, randomized, double blind, placebo-controlled study to assess the efficacy and safety of alpelisib (BYL719) in combination with nab-paclitaxel in patients with advanced triple negative breast cancer with either phosphoinositide-3-kinase catalytic subunit alpha (PIK3CA) mutation or phosphate and tensin homolog protein (PTEN) loss without PIK3CA mutation (Olav Engebråten). 1 pas. Inkludert.</p> <p><b>CARE</b> Cardio-oncology registry for pasienter som mottar adjuvant behandling (systemisk og/eller RT) (cardio-onkologi) (PI: Kjetil Steine, AHUS)</p> <p><b>PRADA II</b> Prevention of Cardiac Dysfunction During Breast Cancer Therapy (cardio-onkologi) (PI: Torbjørn Omland, AHUS)</p> <p><b>COBRA.</b> Kardiovaskulære langtidsvirkninger etter pustestyrte og konvensjonell strålebehandling for brystkreft. En prospektiv longitudinell kohortstudie. Samarbeidsstudie mellom Helse Møre og Romsdal og St.Olavs Hospital. (Torgeir Wethal, Cecilie Nordstrand) 155 pas. fra Ålesund (ferdig inkludert der), 123 pas. fra St.Olav i september, skal inkludere til jul 2021.</p> <p><b>KATE3</b> A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled phase III study of the efficacy and safety of trastuzumab emtansine in combination with atezolizumab or placebo in patients with HER2-positive and PD-L1-positive locally advanced or metastatic breast cancer who have received prior trastuzumab (+/-pertuzumab) and</p>	
--	--	--	--

		<p>taxane-based therapy (Olav Engebråten) Ingen pas. inkludert i Norge ennå.</p> <p><b>AXANA</b> (AXillary Surgery After NeoAdjuvant treatment) (Ellen Schlichting) 6 pas.</p> <p>For ytterligere informasjon om studiene; se oversikt på <a href="http://www.nbcg.no">www.nbcg.no</a> eller kontakt ansvarlig person.</p>	
1976	<b>Nye studier i startgruppen/nye studier til diskusjon</b>	<p><b>T-REX</b> Risikoadaptert regional stråleterapi. Multisenter, prospektiv ved tidlig brystkreft, cNO, brystbevarende kirurgi med SN og 1-2 aksillære makrometastaser. Randomiseres til standard adjuvant regional stråleterapi vs risikoadaptert stråleterapi. Presentert av Ingvil Mjaaland. Det ønskes ytterligere informasjon om grunnlaget for å benytte genprofilanalysen til å selekere regional bestråling. Studien er fremdeles under planlegging slik at det vil komme mer informasjon tilbake til NBCG om studien i løpet av de kommende måneder. Vurderes igjen ved neste styringsgruppemøte.</p> <p><b>TAORMINA</b> Treatment of oligometastatic breast cancer – a randomized phase 3 trial comparing stereotactic ablative radiotherapy and systemic treatment with systemic treatment alone as 1st line treatment. Svensk studie/EORTC studie. Omgjort fra en randomisert til en enarmet studie. Avventer økonomisk avklaring i Sverige. PI: Vidar Flote.</p> <p><b>DESTINY BREAST 12</b> An open-label, multinational, multicenter, phase 3b/4 study of trasuzumab Deruxtecan in patients with or without baseline brain metastasis with previously treated advanced/metastatic HER2 positive breast cancer. PI: Olav Engebråten. Denne studien starter opp i desember 2020. Vil</p>	

		<p>inkludere pasienter fra OUS, HUS,</p> <p><b>NAPEER+</b> NeoAdjuvant PErsonalized therapy in Estrogen Receptor positive (+) breast cancer (NAPEER+). - An open label phase II trial in hormone receptor positive breast cancer patients randomized to neoadjuvant chemotherapy with or without bevacizumab (if ViRP signature positive) followed by endocrine therapy with or without capivasertib in patients with residual tumor. PI: Olav Engebråten.</p> <p><b>Biomarker expression in HER2 positive patients treated with Trastuzumab emtansine – (protocol v2).</b> PI: Olav Engebråten. Denne studien baserer seg på nylige publiserte data (Engebraaten et al, Nature Communication, 2021. PMID: 34741021) om ekspresjonen av av RAB5A som en prediktiv biomarkør for T-DM1 effekt. Studien planlegger å inkludere pasienter som enten har mottatt eller vil motta (prospektivt) T-DM1 for metastatisk brystkreft og analysere uttrykket av RAB5A i tumorbiopsi og korrelere dette til respons på behandlingen. Studien støttes av styringsgruppen og vil bli en NBCG studie (NBCG22).</p> <p>To studier fra Pfizer, en 1.linje og en 2.linje. Det ble etterspurt om noen fra styringsgruppen ønsket å være kontaktperson for mulig å kunne starte disse studiene i Norge. I etterkant av styringsgruppemøtet ble det klart at Alina Porojnicu var interessert i dette for 2. linjes studien. 1. linjes studien vil konkurrere med SERENA4 som flere sykehus i HSØ vil delta i, slik at eventuell kontaktperson for denne studien helst bør være i en helseregion som ikke deltar i SERENA4. Foreløpig har ingen meldte seg.</p>	
--	--	--	--



1977	<b>Blåboka/Nasjonalt handlingsprogram/Helsedirektoratet/Nasjonale saker</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kreftkirurgi i Norge. Foreløpig diskusjon i HD arbeidsgruppen om hvordan kvalitet i kreftkirurgi skal defineres og hvilke tallgrunnlag som skal benyttes.</li> <li>2. Nye kontrollrutiner. Forslag fra arbeidsgruppe ble vedtatt. Det anbefales mer individualisert kontrollopplegg, men alle skal ha årlig mammografi i 10 år. DCIS pasienter kan kontrolleres av kirurg år 1 (og evt. år 2) postoperativt. Deretter kan de kontrolleres med årlig mammografi via fastlege. Pasienter med høy risiko eller store bivirkninger av adjuvant behandling bør kontrolleres hyppigere de 2-3 første postoperative årene. Det anbefales legekontroller på sykehus med klinisk undersøkelse år 1,2 og 5 postoperativt for de fleste brystkreftererte. Sykepleierkontroller kan benyttes der lokale forhold tilsier det. Ved høy alder og kort forventet levetid behøves det ikke klinisk kontroll eller mammografi. Status medikamenter i Nye Metoder. Nye Metoder opplyser at for 6 innsendte metodevurderinger så venter 3 fortsatt på dokumentasjon fra legemiddelfirma og de 3 andre er til vurdering i SLV og for 2 kan vurderingen kanskje bli ferdig 1. kvartal 2022. Rett i etterkant av møtet ble det kjent at Enhertu foreløpig ikke er godkjent.</li> <li>3. Pakkeforløp hjem. Utkast til nytt pakkeforløp ble kort presentert.</li> <li>4. Henvendelse fra leder i Brystkreftforeningen med ønske om et møte med nbcg. Dette planlegges til neste AU møte i</li> </ol>	
------	---	---	--

		februar.	
1978	<b>Nasjonalt brystkreftregister</b>	Status for årsrapporten for 2020. Helle Skjerven presenterte utvalgte resultater fra rapporten for 2020. Det er fortsatt variasjon mellom patologiavdelinger for histologisk gradering av tumor. Det er en betydelig variasjon mellom sykehusene vedrørende andel positive lymfeknuter. Patologene er oppfordret til å kartlegge prosedyrene ved de ulike avdelingene. Rapportering av medikamentell behandling er fortsatt lav og årsrapporten kan derfor ikke presentere viktige kvalitetsmål for onkologisk behandling. PROM og PREM resultater ble presentert og viste at de aller fleste pasientene i stor grad er godt fornøyde med behandlingstilbudet de hadde fått. Høsten 2020 har det pågått et arbeid med å revidere mange av meldingene til nbcg med hensikt å forenkle disse. I tillegg er det startet et prosjekt for INSPIRE brystkreft (INcreaSe Pharmaceutical REporting) samt direkte innhenting av data fra strålebehandlingsmaskiner.	
1979	<b>Saker/innsjutt fra ansvarsgruppene:</b>	<b>Patologi:</b> Frysesnitt lobulære carcinom. OUS har en høy falsk negativ andel på 30-50% ved frysesnitt av sentinel node etter neoadjuvant behandling ved lobulære carcinom (IHC brukes ikke). Det er varierende praksis i forhold til immunhistokjemi ved sentinel node frysesnitt, men alle avdelinger gjør IHC på innstøpt materiale. Hurtig-IHC på frysesnitt tar noe ekstra tid.	

		<p>Patologene vil oppdatere retningslinjer for optimal undersøkelse av lymfeknuter, også etter forutgående neoadjuvant behandling, og presisere viktigheten av å benytte IHC særlig dersom primærtumor er lobulær, men også ved tvil om spredte gjenværende tumorceller uavhengig av tumortype.</p>	
		<p><b>Radiologi:</b> Ingen innspill til Handlingsprogram. Det mangler brystradiologer ved flere sykehus og rekrutteringen er ikke god. Det er leveranseproblem på vakumbiopsinåler.</p>	
		<p><b>Arvelig kreft:</b> Det synes som om sykehus i Norge benytter ulike genpanel ved tilbud om insident gentest hos kvinner med brystkreft under 60 år. Stemmer dette og bør evt. tilbudet være likt ved alle sykehus? Arbeidsgruppen kartlegger dette til neste styringsgruppemøte.</p>	
		<p><b>Kirurgi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forslag til revidert kapittel 5.14 Rekonstruktiv kirurgi ble vedtatt.</li> <li>2. Er det nødvendig å eksidere papillom og radiære arr? Små, ikke palpable og asymptomatiske papillom uten atypi kan vurderes for fjerning med vakumbiopsi. Små radiære arr kan vurderes for fjerning med vakumbiopsi. Vurdering for fjerning med vakumbiopsi må gjøres fra et MDT møte.</li> </ol>	

		<p><b>Stråleterapi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forslag til nytt avsnitt om bolusbruk ved lokoregional strålebehandling ble vedtatt. «Bruk av bolus ved strålebehandling etter mastektomi anbefales ved hudinfiltrasjon, inflammatorisk tumor, inoperable og eksofytiske tumores (klinisk stadium T4 b,c,d uavhengig av neoadjuvant behandlingseffekt og alle ypT4 b,c,d uavhengig av cT klassifikasjon), lokale brystvegg-residiver, og i situasjoner med tumorinfiltrasjon eller DCIS «on ink» i ventral reseksjonsflate. Tynn brystvegg vil i seg selv ikke være en indikasjon for bruk av bolus, men det kan være behov for individuell vurdering i slike tilfeller. Standard tangentielle teknikker vil vanligvis gi tilstrekkelig dosedekning ut mot hud, også ved tynn brystvegg.</li> <li>2. Forslag om å endre anbefalingen om fraksjonering ved lokoregional strålebehandling fra «2 Gy x 25 eller 2.67 Gy x 15» til 2.67 Gy x15 ble vedtatt.</li> </ol>	
		<p><b>Medikamentell behandling:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trastuzumab deruxtecan –Trastuzumab deruxtecan er et svært godt behandlingsalternativ i 3. linjes behandling av HER2 positiv metastatisk brystkreft (en setning i Handlingsprogrammet vil justeres tilsvarende). Dette understøttes av de så langt meget gode resultater sammenlignet med T-DM1 fra randomisert studie i 2. linje som ble presentert på ESMO 2021.</li> </ol>	

		<p>2. Forslag om justering av algoritmen for behandling av HER2 positiv metastatisk brystkreft ble vedtatt, se NBCGs retningslinjer for Cytostatisk behandling av metastatisk/avansert brystkreft.</p> <p><b>1.linje:</b> Taxan + trastuzumab + pertuzumab (dersom &gt; 12 mnd siden adjuvant taxan (ved &lt; 12 mnd → behandling som ved 2. linje) unntatt hvis pertuzumab ikke ble benyttet i adjuvant)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– overgang til trastuzumab + pertuzumab vedlikeholdsbehandling dersom sykdomskontroll men ikke tilfredsstillende tolerabilitet av taxan, eller meget god respons og ønske om å deescalere behandlingen.</li> <li>– Hos pasienter hvor bruk av taxaner ikke er mulig, kan det vurderes å gi vinorelbine sammen med trastuzumab og pertuzumab. Dokumentasjon for tilleggseffekt av pertuzumab ved slik behandling er imidlertid svak.</li> </ul> <p>Ved komorbiditet/eldre pasienter med HR positiv sykdom hvor det ikke er ønskelig med bruk av kjemoterapi kan AI+trastuzumab+pertuzumab benyttes.</p> <p><b>2. linje:</b> Trastuzumab-emtisine (T-DM1) (dersom ikke benyttet i adjuvant &lt; 12 måneder før påvist metastaser)</p> <p><b>3. linje:</b> Trastuzumab deruxtecan (dersom tilgjengelighet) eller Tucatinib + trastuzumab + capecitabine (spesielt ved</p>	
--	--	---	--

		<p>CNS metastaser)(dersom tilgjengelighet)  Hvis trastuzumab deruxtecan eller tucatinib ikke er tilgjengelig er følgende behandlingsregimer aktuelle:  –Vinorelbine p.o./i.v. + trastuzumab s.c./i.v.  -Capecitabine p.o. + trastuzumab s.c./i.v.  -Capecitabine p.o. + lapatinib p.o.  -(Trastuzumab s.c./i.v. + lapatinib, men denne behandlingen gir lavere respons enn kjemoterapi i kombinasjon med HER2-rettet behandling)  -Kombinasjon av HER2-rettet behandling og andre cytostatica med dokumentert effekt ved brystkreft, kan også vurderes</p> <p><b>Dersom det ikke lenger er grunnlag for HER2-rettet behandling:</b>  Antracyclinholdig kjemoterapi (liposomalt doxorubicin)  Andre ikke tidligere benyttede kjemoterapeutikum som har vist effekt ved brystkreft med metastaser.</p> <p>3. Extended adjuvant endokrin behandling. Noen nye publikasjoner av betydning ble kort gjennomgått (Del Mastro Lancet Oncol 2021, Gnant et al, NEJM 2021). Dagens tekst i Handlingsprogrammet synes fremdeles å være dekkende.</p> <p>4. Antracyclinfri adjuvante kjemoterapiregimer: Noen nye publikasjoner ble kort gjennomgått: Tarantino et al JCO 2021, Yu et al 2021</p>	
--	--	--	--

		<p>(<a href="https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100158">https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100158</a>). Studien fra Yu et al bekrefter de anbefalinger som allerede er inkludert i Handlingsprogrammet (TC som alternativ til EC90/EC90 etterfulgt av taxan) og ingen endring foreslås.</p> <p>Antracyklinfritt regime (Taxan+Carboplatin+trastuzumab+/-pertuzumab TCHP/TCH) vil listes tydeligere som alternativ (neo)adjuvant behandling ved HER2 positiv brystkreft.</p> <p>5. Monarch-E: abemaciclib i adjuvant. Publikasjon med forlenget observasjonstid til median 27 mnd (Harbeck Ann Oncol 2021, in press). Det er ikke entydige data for CDK4/6 hemmere i adjuvant behandling så langt. Det er fremdeles kort observasjonstid for abemaciclib (MONARCH-E) (27 mnd median) og så langt ingen effekt på OS (preliminære data). Det er enighet om å avvente vurdering av bruk av abemaciclib i adjuvant situasjon.</p> <p>6. Sacituzumab govitecan for trippel negativ metastatisk brystkreft I 2.linje eller sener. Er FDA godkjent og under «accelerated review» i EMA, foreløpig annonsert «Metodevarsel» for medikamenter i Nye Metoder. Omtale av medikamentet i nytt Handlingsprogram når/hvis EMA godkjenner medikamentet, hvor det anføres at «Sacituzumab Govitecan oppfattes å være et viktig nytt behandlingstilskudd for trippel negative pasienter». Dette er uendret vurdering fra styringsgruppemøtet i juni 2021.</p> <p>7. Nye overlevelsesdata for MONALEESA-2 ribo+letro i 1. linje</p>	
--	--	---	--

		<p>viser overlevelsesgevinst (ESMO 2021). Dette styrker grunnlaget for bruk av ribociclib i 1. linje. Helheten av resultater så langt taler likevel ikke for å anbefale den ene CDK4/6 hemmer framfor den andre.</p> <p>8. Fulvestrant+palbociclib vs AI + palbociclib (Llombart-Cussac JAMA Oncol 2021) i 1. linjes behandling av HR+HER-metastatisk brystkreft viste ingen forskjell i effekt. Både AI og fulvestrant er gode behandlingsvalg i kombinasjon med CDK4/6 hemmer. Det planlegges ingen endring i anbefalingene i Handlingsprogrammet.</p> <p>9. EBCTCG overview 2021 om trastuzumab i adjuvant legges til som ny referanse i Handlingsprogrammet. Publikasjonen (referanse) bekrefter den allerede viktige nytteeffekten av trastuzumab.</p> <p>10. Vurdering av adjuvant endokrin behandling for pasienter med ER 1-9% (Dieci et al. npj Breast Cancer 2021). ER/PR bør gjentas på operasjonspreparatet hvis ER 1-9% i preperativ biopsi (og ellers ved enhver tvil om receptoruttrykk). Det foreslås at det kommer inn som automatikk i patologiproedyrene. Det avventes vurdering av dette av Patologisgruppen. Ved konklusjon ER 1-9% bør det gjøres en individuell vurdering av grunnlag for endokrin behandling i samtale med pasient hvor både risiko, effekt og bivirkninger legges til grunn. Forventet nytteverdi ved meget lav ER ekspresjon er liten.</p>	
--	--	--	--



		<p>11. Kjølevotter/sokker for å forhindre nevropati. Teksten i Handlingsprogrammet endres: Ved alvorlige bivirkninger under adjuvant docetaxel som tilsier bruk av kjølevotter/hansker bør det vurderes skifte til paklitaxel. Dokumentasjon for effekt av kjølevotter/hansker er svak/motstridende (Bailey et al. J Oncol Pharm Practice 2021). Det kan derfor ikke gis en anbefaling om slik bruk, men slik bruk har ikke vist skadelige effekter.</p> <p>12. Oxybutinin mot hetetokter – (ref. Leon-Ferre et al. JNCI Cancer Spectr 2019 og Simon et al. Menopause 2016). Det rapporteres om bivirkninger som munntørrhet og urineringsvansker. Kan skrives ut på hvit resept som Kentera plaster, evt. blå resept ved urge inkontinens. Foreløpig få erfaringer med bruk av dette, men det vil inkluderes i Handlingsprogrammet kap. 15.1.3 som et alternativ ved hetetokter.</p> <p>13. Bivirkninger av endokrin behandling – håndtering (Franzoi et al, Lancet Oncol 2021). Referansen inkluderes i Handlingsprogrammet. Publikasjonen gir en meget god oversikt over de tiltak som er testet og hvilken dokumentasjon de forskjellige tiltak har.</p> <p>14. Phesgo – s.c. formulering av både trastuzumab og pertuzumab. Det legges til Handlingsprogrammet at s.c formulering er sidestilt med i.v. pertuzumab.</p> <p>15. Fenotypeendring for subtyper. Rebiopsi for ny analyse av</p>	
--	--	--	--

		<p>HER2 og HR status er viktig i metastatisk situasjon da endringer kan oppstå mellom primærtumor og metastase. Ref. Grinda et al. npj Breast Cancer 2021.</p> <p>16. Bør vi ha retningslinjer for erklæring knyttet til infeksjonsforebyggende tannbehandling i forhold til Zometa? «Det kan gis stønad til nødvendig infeksjonsforebyggende behandling der infeksjon og/eller infeksjonsspredning fra munn/kjever/tenner kan innebære en alvorlig og livstruende risiko for en person, og der risikoen har sammenheng med personens medisinske tilstand og behandling. Personens tilstand og risikovurdering av infeksjonsspredning skal være dokumentert skriftlig ved erklæring fra lege/sykehusavdeling før den infeksjonsforebyggende behandlingen starter.» Vi bør kun skrive slik legeerklæring dersom pasienten er under kjemoterapibehandling da slik infeksjon da kan være livstruende.</p>	
1980	<b>Status EBCTCG, BIG, NBG, Mammografiprogrammet</b>	Mammografiprogrammet har feiret 25 års jubileum.	
1981	<b>NBCGs hjemmeside – status</b>	Hjemmesiden har ca. 1000 visninger per måned.	
1982	<b>Eventuelt</b>	Neste møte i styringsgruppen 16.06.22.	