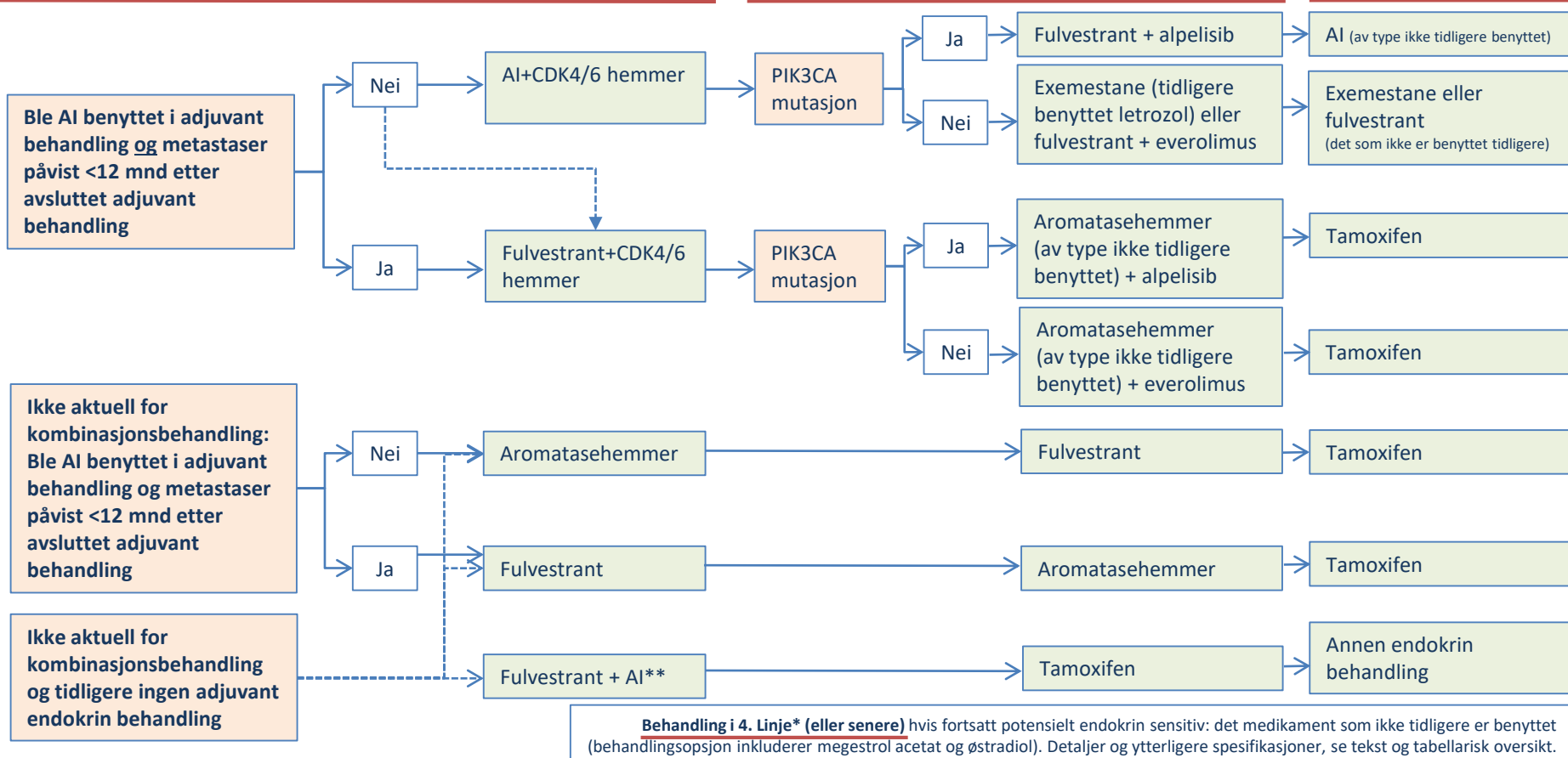


# Veiledende oversikt for endokrin behandling av potensielt endokrin sensitiv HR+HER2- metastatisk brystkreft\*

1. linje

2. linje

3. linje\*



**Behandling i 4. Linje\* (eller senere)** hvis fortsatt potensielt endokrin sensitiv: det medikament som ikke tidligere er benyttet (behandlingsopsjon inkluderer megestrol acetat og østradiol). Detaljer og ytterligere spesifikasjoner, se tekst og tabellarisk oversikt.

# Tabellarisk oversikt over behandlingsanbefalinger ved potensielt endokrin sensitiv HR+HER2- metastatisk brystkreft postmenopausalt

	Spesifikasjon	Medikament	Kommentar
Behandlings-linje 1	Dersom aromatasehemmer (AI) ikke ble benyttet i adjuvant eller metastaser ble påvist >12 mnd etter avsluttet AI behandling	Aromatasehemmer + CDK4/6 hemmer Alternativt kan fulvestrant (500 mg) + CDK4/6 hemmer gis	Dersom det er langt sykdomsfritt intervall mellom adjuvant behandling og metastasesituasjon, begrenset sykdom og lavgradig biologi, eller eldre pasienter med behov for enkelt behandlingsopplegg, kan CDK4/6 hemmer avventes og heller benyttes i 2. linje
	Dersom AI ble benyttet i adjuvant situasjon med påvisning av metastaser under eller innen 12 mnd etter avsluttet adjuvant AI behandling	Fulvestrant (500 mg) + CDK4/6 hemmer	Dersom påvisning av metastaser under adjuvant behandling og aromatasehemmer (AI) har vært benyttet adjuvant men ikke i de siste 24 mnd før metastasetidspunkt kan det vurderes å benytte AI i kombinasjon med CDK4/6 hemmer på individuelt grunnlag.
	Behandlingsnaive pasienter	Aromatasehemmer + CDK4/6 hemmer el. Fulvestrant (500 mg) + CDK4/6 hemmer	
	Dersom det vurderes at CDK4/6 hemmer og alpelisib ikke er aktuell behandling i noen av behandlingslinjene og pas ikke har mottatt endokrin behandling tidligere	Aromatasehemmer, fulvestrant (500 mg) eller aromatasehemmer i kombinasjon med fulvestrant (250 mg)	Sekvensiell behandling (endokrin monoterapi) foretrekkes foran konkomitant behandling
Behandlings-linje 2+3	Dersom PIK3CA mutasjon påvises og letrozol + CDK4/6 hemmer er benyttet tidligere	Fulvestrant (500 mg) + alpelisib <sup>#</sup>	
	Dersom PIK3CA mutasjon påvises og fulvestrant (500 mg) + CDK4/6 hemmer er benyttet tidligere	Aromatasehemmer + alpelisib <sup>#</sup>	Pasienter ble behandlet med letrozol i kombinasjon med alpelisib i Cohort B i ByLieve studien – endelige resultater fra denne cohort er ikke publisert men median PFS synes å være sammenlignbar med undergruppe av pasienter som fikk fulvestrant+alpelisib etter tidligere AI (PMID: 35348782)
	Dersom AI ble benyttet uten CDK4/6 hemmer i tidligere behandlingslinje	Fulvestrant (500 mg) + CDK4/6 hemmer	Bør gis som 2. linjes behandling
	Dersom det ikke påvises PIK3CA mutasjon og fulvestrant (500 mg) + CDK4/6 hemmer er benyttet tidligere	Exemestan + everolimus	
	Dersom det ikke påvises PIK3CA mutasjon og letrozol + CDK4/6 hemmer er benyttet tidligere	Exemestan eller fulvestrant + everolimus	Tamoxifen kan benyttes som alternativ til fulvestrant, men som sekundært valg basert på effektestimater
	Dersom morbiditet og/eller tolerabilitet ikke gjør kombinasjonsbehandling mulig, eller kombinasjonsbehandling ikke lenger er aktuelt	Aromatasehemmer, fulvestrant eller tamoxifen	Bruk det medikament som ikke tidligere er gitt. Dersom ikke-steroidal AI er benyttet tidligere, kan det skiftes til steroid AI, eller motsatt. Effekten av fulvestrant oppfattes sammenlignbar med AI. Tamoxifen er et sekundært alternativ, og oppfattes å ha noe mindre effekt sammenlignet med AI
Behandlings-linje 4 og senere		Ett av de tidligere nevnte behandlingsvalg som ikke er benyttet	Vil være de primære valg
		Megestrol Acetat	
		Østradiol	Hvis aktuelt, bør slik behandling styres av onkolog med spesialkompetanse i endokrin terapi

# Fotnote til tabellarisk oversikt over behandlingsanbefalinger ved potensielt endokrin sensitiv HR+HER2- metastatisk brystkreft postmenopausalt

Effektene av palbociclib, ribociclib og abemaciclib er sammenlignbare for PFS og oppfattes å være en klasseeffekt. Det foreligger forskjeller i rapportert effekt på totaloverlevelse mellom medikamentene. Kfr tekst i Handlingsprogrammet for detaljer. Valg av medikament kan vurderes ut ifra tilgjengelighet og klinisk vurdering av nytte/tolerabilitet.

Vedrørende bruk av ribociclib: Behandling med ribociclib skal kun initieres ved QTcF <450 millisekunder. Bruk bør unngås ved eksisterende eller signifikant risiko for utvikling av QTc-forlengelse. Samtidig bruk av legemidler som gir QTc-forlengelse og/eller er sterke CYP3A4-hemmere bør unngås. Det henvises til felleskatalogtekst vedrørende EKG-monitorering og overvåking av leverprøver i starten av behandlingen.

Pasienter med BRCA1/2 mutert HR+ brystkreft som er endokrint behandlingsresistente/ikke er kandidater for endokrin behandling og hvor bruk av kjemoterapi ikke er ønskelig, kan vurderes for talazoparib (kfr 13.4.2). Dette er i tråd med oppdaterte ASCO guidelines.

#Alpelisib gir høy risiko for hyperglykemi. Det bør tas HBA1c før oppstart av behandlingen og oppstart og oppfølging gjøres i dialog med endokrinolog/etter plan anbefalt av endokrinolog.

<https://doi.org/10.1200/JCO.21.01392>).