

## NBCGs anbefalinger for adjuvant endokrin behandling (hvis indikasjon) for premenopausale kvinner (godkjent NBCG 15.11.23)

Behandlingen starter opp etter at adjuvant kjemoterapi er avsluttet (ved indikasjon) og inkluderer en av følgende:

1. Behandling med tamoxifen 20 mg x 1 daglig i 5 år anbefales for pasienter med lav risiko og stadium.
2. Ovariefunksjonsuppresjon (OFS) i 5 år med goserelin i tillegg til AI (som følge av best sykdomsfri overlevelse), subsidiært OFS + tamoxifen (dersom tolerabilitet nødvendiggjør dette), anbefales til følgende høyere risiko pasienter/situasjoner (på bakgrunn av primært resultatene fra SOFT/TEXT studiene):
  - Pasienter under 35 år hvor det i utgangspunktet er indikasjon for kjemoterapi.
  - Ved alder over 35 år med høyere risikoprofil. Vurderingen av OFS kan påvirkes av om kjemoterapi gis og pasientens alder (sannsynlighet for kjemoterapiindusert menopause)
  - Dersom ikke kjemoterapi benyttes vil goserelin anbefales til undergrupper med midlere eller høyere risikoprofil (kfr også generell oversikt over adjuvant behandling)
  - Dersom ikke OFS gis primært og pasienten ikke mister menstruasjonen etter kjemoterapi eller hvor menstruasjon kommer tilbake innen 8 måneder etter kjemoterapi bør OFS gis i tillegg til AI eller tamoxifen.
  - Vurdering av subtype brystkreft (LumA vs LumB), risikoprofil ved genekspresjonstest, histologisk grad og stadium kan bidra til å avklare absolutte nytteeffekter og understøtte et behandlingsvalg.Dersom OFS skal gis oppstartes OFS så snart som mulig etter at endokrin behandling er besluttet. Ingen forskjell i plan ved tillegg av tamoxifen eller AI, men det tar noe tid før AI kan ha ønsket virkning
3. Ved enten pN2 sykdom eller pN1 og *enten* grad 3 *eller* T3 tumorstørrelse anbefales bruk av adjuvant abemaciclib i kombinasjon med endokrin behandling dersom tilgjengelig. Abemaciclib er vurdert i Nye Metoder og foreløpig ikke godkjent.

Som supplerende informasjon for behandlingsvalg henvises til tabellarisk oversikt fra St Gallen konsensus veiledning over adjuvant behandling av hormonreseptor positive HER2 negative.

4. Dersom risikoprofil taler for utvidet adjuvant behandling (inntil 10 år) bør det vurderes å kontinuere tilleggsbehandling basert på menopausal status i henhold til følgende:
  - Dersom tamoxifen er benyttet de første 5 år og kvinnen på det tidspunktet er pre- eller perimenopausal eller har ukjent menopausal status eller det ikke kan bestemmes, bør det fortsettes med tamoxifen i ytterligere 5 år dersom tolerabilitet/sannsynlig absolutt nytteverdi underbygger dette.
  - Dersom tamoxifen er benyttet de første 5 år og på det tidspunkt er sikkert postmenopausal, bør kvinnen fortsette med aromatasehemmer i 2-5 år, subsidiært fortsette med tamoxifen i ytterligere 5 år dersom tolerabilitet/sannsynlig absolutt nytteverdi underbygger dette.
  - Dersom tamoxifen er benyttet primært men i mindre enn 5 år og kvinnen er vurdert å være postmenopausal, kan det skiftes til aromatasehemmer i 5 år på et tidligere tidspunkt.
  - Dersom aromatasehemmer er benyttet (kjemoterapi-indusert og/eller OFS-indusert postmenopausal) de første 5 år, kan videre behandling være 5 år med tamoxifen eller 2-5 år med aromatasehemmer. Det foreligger studier som ikke viser forskjell i effekt mellom 7-8 års behandlingstid og 10 år.

Som supplerende informasjon for behandlingsvalg henvises til tekst i Handlingsprogram og tabellarisk oversikt fra St Gallen konsensus veiledning over adjuvant behandling av hormonreseptor positive HER2 negative.

