

Nytt fra NBCG etter styringsgruppemøte 16. november 2016

Se referatet for full oversikt

Studieskjema/ Videre arbeid med å understøtte studier	<p>Det er utarbeidet et nytt utkast til skjemaoversikt over pågående norske studier. Skjemaet ble vedtatt å benyttes, og vil legges på NBCGs hjemmeside i endelig versjon, samt distribueres. Dette vil inkludere link til studieprotokoll.</p> <p>AU i NBCG vil fungere som koordinerende organ for studier som planlegges oppstartet ved sykehus i Norge. Alle som planlegger/vurderer oppstart av studier i Norge (enten det er forskerinitierte eller industristudier) oppfordres til å informere AU. Dette vil gjøre det mulig for det enkelte sykehus å få tilbake informasjon om eventuelle andre studier som vurderes/planlegges innenfor samme pasientgruppe. Dette kan understøtte koordinering og støtte mulighet for å delta i prioriterte studier. Studier som ønsker status som NBCG studier vil i fremtiden måtte meldes inn på denne måten. Se for øvrig mer utfyllende informasjon i referatet.</p>
Revisjon av handlingsprogrammet	<p>Målet er å ferdigstille revidert handlingsplan i begynnelsen februar 2017.</p> <p>Brystkreft hos menn: Et nytt kapittel ble ferdigstilt før styringsgruppemøtet. Det ble vedtatt og blir lagt ut på hjemmesiden. I tillegg vil kapitlet bli inkludert i det reviderte handlingsprogrammet.</p>

<p>Kirurgi</p>	<p>Nye prosedyrer for klipsmerking av tumorseng ved BCT og i tumor før neoadjuvant systemisk behandling BCT ble presisert. Konferer referatet for oversikt over mer detaljert i referatet.</p> <p>Lipofilling og registrering av slik behandling: Som vedtatt på forrige styringsgruppemøte skal det <u>registreres</u> av plastikk-kirurgene dersom lipofilling gjennomføres. Prosessen med å få slik registrering inkludert i NBCR er i gang.</p> <p>Presisering vedrørende bilateral ca mamma: Preoperativ behandling for stor tumor på den ene siden, cT1-2 cN0 på kontralateral side: Ved kirurgi: SN diagnostikk kan gjøres og tolkes i tråd med Z0011 studien på kontralateral side.</p> <p>Når cT2 ved operasjon viser seg å være pT3: Disse pasientene bør ha systemisk behandling som lokalavansert brystkreft, men hvor all behandling gis adjuvant. Ved primæroperasjon uten preoperativ behandling for cT2 tumor og hvor det postoperativt ble påvist pT3 og mikromet til axille (SN), kan AD utelates.</p> <p>Vanskelige lokoregionale residiv med spørsmål om kirurgisk behandling: pasientene bør henvises til regionalt senter for multidisiplinær vurdering.</p>
<p>Stråleterapi</p>	<p>Det ble vedtatt endringer i retningslinjene knyttet til parasternal bestråling: Ut i fra foreliggende dokumentasjon inkludert betydningen av tumor og lymfeknutestadium, og også oversikt over sannsynlig drenering av lymfe til parasternale lymfeknuter, anbefales bestråling av parasternalområdet ved følgende situasjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved påvist metastase til axille og samtidig medialt eller sentralt lokalisert tumor med høy residivrisiko (for eksempel stor tumor, utbredte axillære lymfeknutemetastaser eller ugunstige tumorbiologiske karakteristika) - Positiv sentinel node i mamma internagebetet. <p>En del pasienter med T3 tumores blir av og til operert primært (ikke erkjent før operasjonen). I så fall gjelder de retningslinjer for postoperativ strålebehandling som ved lokalavansert brystkreft, se handlingsprogrammet pkt. 6.1.</p> <p>Det ble vedtatt endringer i kirurgi/ståleterapiretningslinjer knyttet til Boostbestråling; se referat Oppdaterte ESTRO inntegningsmalen er lagt ut på hjemmesiden.</p>

<p>Medikamentell adjuvant terapi</p>	<p>Variabiliteten gjør at eksakte cut-off for Ki67 som utgangspunkt for valg av adjuvant behandling, forlattes. Derfor er det enighet om å endre adjuvant behandlingsskjema som til nå har vært gjeldende.</p> <p>Genprofiltester (Oncotype Dx/Mammaprint/Prosigna) har god dokumentasjon for å gi prognostisk informasjon ut over tradisjonelle histopatologiske analyser. Testene er nyttige som verktøy for å skille risikoprofil hos ER+ HER2-pasienter; LumA versus LumB, som har betydning for behandlingsvalg. Som følge av dette vedtok NBCG å inkludere bruk av slike tester på i handlingsprogrammet. NBCG ønsker derfor å introdusere bruk av PAM50 ROR (Prosigna test) til HER+HER2- pN0 pasienter i et nasjonalt kvalitetsikringsprosjekt hvor testen skal sammenholdes med tradisjonell histopatologi og immunhistokjemiske undersøkelser, inkludert Ki67 og mitosetelling.</p> <p>Som følge av disse vedtatte endringene, ble det besluttet nye retningslinjer for adjuvant behandling i tråd med tabellariske oversikt med fotnotetekst (se under fanen behandlingsskjemaer).</p>
<p>Kontroller etter primærbehandling for brystkreft</p>	<p>Pasienter som får adjuvant endokrin behandling: Ut over det kontrollopplegget som allerede ligger som norm i handlingsprogrammet, kan hyppighet og tidspunkt hvor det kontrolleres i regi av sykehus påvirkes av hvordan den endokrine behandling forløper (toksitet, skifter av endokrin behandling, spesielle pasientbehov, compliance)</p>
<p>Metastatisk sykdom</p>	<p>For pasienter med hormonsensitiv metastatisk brystkreft er endokrin behandling «drug of choice» selv ved viscerale metastaser, med noen få unntak.</p> <p>Palbociclib i kombinasjon med AI er inkludert i retningslinjene for endokrin behandling hos undergrupper i første linje, på linje med andre behandlingsvalg. Palbociclib i kombinasjon med fulvestrant er på samme måte inkludert i retningslinjene som behandlingsvalg i andre linje.</p> <p>Konferer nytt behandlingsalgoritme for full oversikt (se under fanen behandlingsskjemaer)</p>
<p>Hjemmesiden</p>	<p>Det er enighet om at det er behov for å revidere nettsiden. En utgift i størrelsesorden ca 50 000 kr + mva er godkjent av styringsgruppen, for å få dette på plass.</p>