

Referat styringsgruppemøte NBCG

Tid: Torsdag 04.06.26 16.00 – 20.00

Sted: Radisson Blu Airport Hotel, Gardermoen

Til stede: Anette Heie, Alina Porojnicu, Bjørn Naume, Bård Mannsåker, Cecilie Nordstrand, Elin Edda Seland Agustsdottir (for Nazli Bahrami), Hanna Dillekås, Hege Ohnstad, Helge Espelid, Hildegunn Aase, Ingrid Løken, Ingvil Mjaaland, Ingvild Moberg, Jon Lømo, Jürgen Geisler, Kristin V. Reinertsen, Lars Akslen, Lene Johnsen, Linda Romundstad, Lisa Steffensen, Magdalena Aas Vestlid, Mari Paulson, Marit H. Hansen, Monica Engstrøm, Solveig Nergård (for Christian Korvald), Stine L'Orange Sunil X. Raj, Silje Aasen (for Sverrir Olafsson), Unn-Miriam Kasti, Egil Blix.

Observatør: Liv Ellen Giske Gjøvik (Gjøvik) og Camilla Eidissen (ST)

Ikke til stede: Helle Skjerven, Hildegunn Vetti, Jaroslav Bublevic, Silje Songe-Møller

Sak nr.	Hovedpunkt	Underpunkt	Vedlegg
2601	Referat fra forrige møte		
2602	NBCGs økonomi og møter	1. Støtte fra HD 2026 kr 120 000 NOK (søkt om 160 000) (i 2025 130 992, i 2024 167 000) Saldo per 01.06.26: 107 442 NOK 2. NBCG konto (nr 2) Saldo per 01.06.26: 1 082 467 NOK. Saldoen inkluderer Kong Olav Vs forskningspris 800 000 NOK og NBCG midler til NBCG formål utenom HD støtte (overført fra gamle Kreftforeningskonto) 282 467 NOK. Av midler fra Kong Olav Vs forskningspris er det fra tidligere vedtatt at 200 000 NOK + 12 339 NOK utbetales til hhv OPTImaL og til drift (12 339 NOK til AXSANA er tidligere feilbelastet HD kontoen, og beløpet kan derfor benyttes til drift). Hva er til rådighet av midler videre: 1) 587 661 NOK til rådighet til forskningsprosjekter. 2) 282 467 NOK til NBCG formål uspesifisert.	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

		3. Arvemidler til forskning i Brystkreftforeningen, se sak 2064. 4. Noen utfordringer med ny løsning for påmelding og betaling til Fagmøtet 05.06.26, antas forbedret i 2027. Manglende teknisk støtte for hybrid-møte med stream under Fagmøtet følges opp mtp vurderinger alternativer 2027.	
2603	NBCGs statutter og organisering	1. Brønnpøysund-registeret: Må oppdateres med rette navn i arbeidsutvalget. Følges opp av Bjørn	
2604	NBCGs forskningsmidler	1. Ved tildeling av midler fra Brystkreftforeningen må Brystkreftforeningens logo benyttes i all utadrettet virksomhet 2. Status – prosjekter som er innvilget a. Rapport for TAORMINA, T-REX og ARIADNE mottatt tidligere i år (oversendt til Brystkreftforeningen) b. OPTImaL – startet opp ved OUS i mai 2026 c. SENOMAC ULTRA – er i prosess for oppstart i 2026 d. PERMABEV – er ennå i planleggingsfasen e. DBCG 25R – er satt på vent til etter avslag om støtte fra Astra Zeneca 3. Brystkreftforeningen (midler fra arvemidler til forskning) a. T-REX: 1 000 000 NOK b. TAORMINA: 1 000 000 NOK c. ARIADNE: 1 000 000 NOK d. (DBCG 25R: 1 000 000 NOK) e. OPTImaL: 1 000 000 NOK f. SENOMAC ULTRA: 1 000 000 NOK g. PERMABEV: 1 000 000 NOK 4. Kong Olav V	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

		a. Rabreast 200 000 NOK b. AXSANA 12 339 NOK c. OPTImaL 200 000 NOK 5. Rest til nye prosjekt 1 388 633 NOK (Brystkreftforeningen) 587 661 (Kong Olav Vs forskningspris) 6. Status – søknader til vurdering i styringsgruppen: Ingen nye juni 2026	
2605	Status protokoller med avsluttet inklusjon, men fremdeles pågående analyser	Vil gjerne ha publikasjoner fra studiene, ellers bare info om når avsluttet og om fortsatt aktive med analyser. NeoAva (OUS + St Olav) (Olav Engebråten) Hypofraksjoneringsstudien (SUS, Sørlandet) (Ingvil Mjaaland) KAITHLIN (Olav Engebråten) DoseDense (HUS) (Per E Lønning) EBBA2 (NBCG 14) (OUS, St Olav, VV Drammen) (Inger Thune) PETREMAC (NBCG 15) PErsonalized TREatment of high-risk MAMmary Cancer (Hanna Dillekås) Positive Trial (NBCG15). Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for Women With Endocrine Responsive Breast Cancer. (Anna Sætersdal) Improved Breast Cancer Therapy (I-BCT-1) in the Neoadjuvant and Metastatic Setting (Olav Engebråten) 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) Skagen Trial I – hypofraksjonert lokoregional RT vs konvensjonell fraksjonering (Ingvil Mjaaland) <i>Ny publikasjon; Validation of the ESTRO target volume consensus guideline for early-stage breast cancer in the DBCG Skagen Trial</i> 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)	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

		ICON (NBCG18): A randomized phase IIb study evaluating immunogenic chemotherapy combined with ipilimumab and nivolumab in patients with luminal B breast cancer (Jon Amund Kyte). Prospektiv studien: Seneffekter etter brystkreft og lymfombehandling (Cecilie Kiserud/Kristin V. Reinertsen) COBRA. Kardiovaskulære langtidsvirkninger etter pustestyrkt og konvensjonell strålebehandling for brystkreft. En prospektiv longitudinell kohortstudie. Samarbeidsstudie mellom Helse Møre og Romsdal og St.Olavs Hospital. (Torgeir Wethal, Cecilie Nordstrand) 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) EMIT1 (NBCG19). Establishment of Molecular Profiling for Individual clinical routine Treatment decisions in Early Breast Cancer (Bjørn Naume). <i>Ny publikasjon: Impact of Prosigna test on adjuvant treatment decision in lymph node-negative early breast cancer - a prospective national multicentre study (EMIT-1).</i> CARE. Cardio-oncology registry for pasienter som mottar adjuvant behandling (systemisk og/eller RT) (cardio-onkologi) (PI: Torbjørn Omland og Jürgen Geisler, AHUS), ZEST. Efficacy and Safety Comparison of Niraparib to Placebo in Participants With Either Human Epidermal Growth Factor 2 Negative (HER2-) Breast Cancer Susceptibility Gene Mutation (BRCAmut) or Triple-Negative Breast Cancer (TNBC) With Molecular Disease (Alina Porojnicu) DESTINYBreast12. An Open-Label, Multinational, Multicenter, Phase 3b/4 Study of Trastuzumab Deruxtecan in Patients With or Without Baseline Brain Metastasis With Previously Treated Advanced/Metastatic HER2 Positive Breast Cancer (Olav Engebråten) KATE3. A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled phase III study of the efficacy and safety of trastuzumab emtasine in combination with atezolizumab or placebo in patients with HER2-positive and PD-L1-positive locally	
--	--	--	--

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

		advanced or metastatic breast cancer who have received prior trastuzumab (+/- pertuzumab) and taxane-based therapy (Olav Engebråten) PRADA II. Prevention of Cardiac Dysfunction During Breast Cancer Therapy (cardio-onkologi) (PI: Torbjørn Omland, AHUS) AXSANA. (AXillary Surgery After NeoAdjuvant treatment) (Ellen Schlichting) Oral presentasjon på ASCO 2026 p53 bryst-studien (Høydose cyklofosfamid) (Hanna Dillekås) SERENA-6. A Phase III, Double-blind, Randomised Study to Assess Switching to AZD9833 (a Next Generation, Oral SERD) + CDK4/6 Inhibitors (Palbociclib or Abemaciclib) vs Continuing NSAI + CDK4/6 Inhibitors in HR+/HER2- MBC Patients with Detectable ESR1 Mutation Without Clinical or Radiological Progression During 1L Treatment with NSAI + CDK4/6 Inhibitor A ctDNA Guided Early Switch Study (Alina Porojnicu). Presentert på ASCO 2026 NEOLETRIB. Neoadjuvant Treatment of Locally-advanced Breast Cancer Patients With Ribociclib and Letrozole (Jürgen Geisler) The DBCG RT Natural Trial (NBCG21): Partial Breast Versus no Irradiation for Women ≥ 60 Years Operated With Breast Conservation for an Early Breast Cancer: a Clinically Controlled Randomized Phase III Trial (Ingvil Mjaaland). 125 pasienter inkludert. Studien er stoppet. OPTIMA/EMIT2 (NBCG20). Optimal Personalised Treatment of early breast cancer using Multi-parameter Analysis (Bjørn Naume). 502 pasienter ble inkludert i Norge. Totalt 4429 i OPTIMA Main (OPTIMA prelim (n=412) kommer i tillegg) – Oral presentasjon på ASCO 2026. MELODY (NBCG25). Methods for Localization of Different Types of breast lesions (Helle Skjerven) 125 pasienter inkludert ved OUS (per 06.06.25) (33 ved ST, tall fra andre sykehus vil bli lagt til). Avsluttet inklusjon i oktober 2025. – <i>Abstract (poster) på ASCO 2026</i>	
2606	Status protokoller med pågående inklusjon	Kvalitetssikringsprosjekt etter Targit studien: Intraoperativ stråleterapi for lavrisikopasienter (Hilde Krogstad, St. Olav)	

		NAPEER+: NeoAdjuvant Personalized therapy in Estrogen Receptor positive (+) breast cancer (Olav Engebråten). OUS. – 13 (protokoll 1) + 58 (protokoll 2) pasienter inkludert per 06.06.25 TAORMINA (NBCG22): Treatment of Oligometastatic breast cancer – a randomized phase-3 trial comparing stereotactic ablative radiotherapy and systemic treatment with systemic treatment alone as 1. line treatment. (Vidar Flote). Deltagende Sykehus i Norge: OUS, SUS, HUS, St. Olav, UNN. 10 pasienter inkludert (per 06.06.25) T-REX (NBCG 23): Tailored Regional EXternal beam radiotherapy in clinically node-negative breast cancer patients with 1-2 sentinel node macrometastases; an open, multicenter, randomized non-inferiority phase 3-trial. (Ingvil Mjaaland). Deltagende Sykehus i Norge: UNN, Nordlandssykehuset, Ålesund SH, HUS, SUS, SS Kristiansand, OUS, Innlandet. 83 Inkluderte i Norge, totalt 420 pasienter. MK-2870-012 =TroFuse-012. A Phase 3, Randomized, Open-label, Study to Compare the Efficacy and Safety of Adjuvant MK-2870 in Combination with Pembrolizumab (MK-3475) Versus Treatment of Physician's Choice (TPC) in Participants With Triple-Negative Breast Cancer (TNBC) Who Received Neoadjuvant Therapy and Did Not Achieve a Pathological Complete Response (pCR) at Surgery. SUS, OUS, VV Drammen. NARNIA. Nikotinamid-ribosid og forebygging av kreftterapirelatert hjertedysfunksjon hos brystkreftpasienter (Torbjørn Omland) IMPORTANT-studien (EU prosjekt) Ahus deltagere i Norge (Jürgen Geisler) ARIADNE (NBCG24): A Randomized Trial of Trastuzumab Deruxtecan and Biology-Driven Selection of Neoadjuvant Treatment for HER2-positive BC Deltagende SH i Norge: OUS, SUS, VV Drammen, St.Olav, UNN, Nordlandssykehuset, Ålesund SH. Amendment CTIS april 26 for TDXD-THP armen. OPTimaL (NBCG26): Optimisation of treatment for patients with low stage triple negative breast cancer with high tumor-infiltrating lymphocytes. Deltagende SH i Norge: OUS, SUS, VV Drammen, HUS, St. Olav, UNN, Sykehuset Innlandet, Sykehuset i Vestfold, Kalnes SH, Telemark SH, Førde SH. For ytterligere informasjon om studiene; se oversikt på www.nbcg.no	
--	--	---	--

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

2607	Nye studier i startgruppen/nye studier til diskusjon	1. NoLEEta. Kontakt med sponsor flere ganger i 2026. Tilbakemelding om at det planlegges beslutning i juni om Norge blir tilbudt deltagelse (slik det nå ser ut). 2. EReDi-BC. Register og spørreskjema basert. Positiv innstilling fra NBCG for å kunne få systematiske data på denne pasientpopulasjonen. 3. Senomac Ultra. NBCG 27. Status mai 2026: Sverige har startet inklusjon. Søknad REK sendt – svar med spørsmål/krav om endring Norske studiesteder Oslo, AHUS, Haukeland, Tromsø, Drammen 4. PERMABEV (NBCG28); Delvis finansiering på plass. foreløpig aktuelle sentere; OUS, St.Olav, UNN, SUS 5. FLAMINGO: OUS. Peptid-vaksine HER2 etter neoadjuvant 6. OPTIMA-Young? Skal supplere data fra OPTIMA for pasienter over 35 år. Drøftes mot EMIT-PRE (skisse til KLINBFORSK søknad) for 40-55 år 7. OUS vurderer egen protonterapi-studie 8. Studie-app; erfaringer. Det rapporteres om aktivitet i appen og at nye moduler er lagt til	
2608	Blåboka/Nasjonalt handlingsprogram/Helsedirektoratet/ Nasjonale saker	1. Ny gjennomgang av kapitlene i Handlingsprogrammet inkl referansesjekk med fordeling av kapitler mellom medlemmene. Kapittel 4 (med nytt om B3 lesjoner) er både oppdatert og gjennomgått fra gruppen. B3 lesjoner ble gjennomgått av Styringsgruppen nov 25. Klar for neste oppdatering hos HDIR, bortsett fra at det skal gjøres noen små justeringer i tabell og teksten kvalitetssjekkes i forhold til om tekst og tabelloversikt er samsvarende. Sjekk med pakkeforløpsdokument slik at alt er samsvarende, er gjort. 2. Innspill fra Alina: Kan handlingsprogrammet re-organiseres for å gjøre det mer brukervennlig? Kan det gjøres mer brukervennlig med KI?	

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

		NBCG mener at det er et godt forslag som vil arbeides videre med. Bør i så fall lages en lik struktur for alle kapitler (1) Bjørn sjekkes med HD om det allerede finnes løsninger. (2) Et utvalg (Alina, Bjørn, Cecilie Linda, Magdalena) utarbeider forslag til templat til neste møte i styringsgruppen nov 26. 3. Status Nye metoder a. Trastuzumab-derukstekan til stadium 4, ER+HER2-lav eller HER2-ultralav brystkreft som har fått minst én endokrin behandling i metastatisk setting og som ikke anses som egnet for endokrin behandling som neste linje behandling godkjent 01.07.26 a. Sacituzumab govitecan til stadium 4 ER+HER2- 2 linje kjemoterapi ble ikke godkjent 19.03.26 a. Elacestrant til stadium 4 ER+HER2- ESR1 mut 2 linje; 19.05.2026 sendt til de fire regionale helseforetakene for forberedelser til beslutning. <i>Merknad etter Styringsgruppemøtet: Godkjent i Beslutningsforum den 15.06.26)</i> a. Capivasertib i kombinasjon med fulvestrant til stadium 4 HR+HER2-; nei i Beslutningsforum 16.06.25. Ny metodevurdering besluttet 16.01.26 b. Inavolisib - I kombinasjon med palbociclib og fulvestrant, ved PIK3CA-mut, ER+HER2- etter tilbakefall på eller innen 12 måneder etter fullført adjuvant endokrin behandling. Oppdrag metodevurdering gitt 20.01.25 – dokumentasjon fra firma sendt inn 16.10.25. Metodevurdering ferdigstilt.	
--	--	---	--

		c. Datopotamab deruxtecán: 1. linje TNBC som ikke er aktuelle for behandling med PD-1/PD-L1-hemmere. Vurderes i Bestillerforum 15.06.26 4. Status arbeidet med nytt pakkeforløpsdokument. Ute på høring og besvart fra NBCG pakkeforløpsgruppe (19.05.26). Mail fra HD i etterkant: To innspill aksepteres ikke (understreket) begrunnet i at HD ikke ønsker detaljering i pakkeforløpene; (1) «Radiolog kan ta henvisninger ut av eller inn i pakkeforløp» og (2) Utredningen gjøres av leger med spesialkompetanse innenfor diagnostikk og behandling av brystkreft («radiologer ved BDS, patologer, kirurger og kreftleger»). 5. Brev fra Hanna og Bjørn på vegne av NBCG til HOD/RHF'ene om deeskaleringsstudier. Positiv tilbakemelding. Fagdirektørene; deeskalering prioritert tema i KLINBFORSK søknader 2026 6. Kapittel 14; korrigerer tekst phyllodestumor etter AU møte 09.02.26 (se 2611; patologi) 7. Kapittel 4; nytt avsnitt premaligne lesjoner nødvendig å harmonisere. Det er noen kommentarer i dokumentet som det er ønsket at onkolog ser på 8. Zoledronsyre; nytt skriv lagt ut på hjemmesiden. Forebyggende tannbehandling før oppstart adjuvant zoledronsyre gir ikke i seg selv rett på trygderefusjon. Spørsmål om annen refusjonsmulighet for enkeltpasienter ble drøftet. Tannlege kan søke HELFO stønad ved bestemte sykdommer el tilstander, evt sosialhjelp fra NAV der pasienten selv ikke kan betale. Lege kan lage legeerklæring som dokumentasjon på behandlingen som gis. 9. Sak om utvidelse av Mammografi-programmet. NBCG har meldt inn at vi er kritiske til vektlegging av den helseøkonomiske analysen. Det	
--	--	---	--

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no

		er et faglig godt grunnlag for en utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet. NBCG anbefaler at konklusjonen i rapporten endres til å anbefale en utvidelse av aldersgrupper i Mammografiprogrammet til 45-74 år, innført over en 10-års periode, samt en innføring av KI i Mammografiprogrammet. Man bør også åpne for, og anbefale, iverksettelse av studier på risikobasert screening. Innspill fra referansegruppen kunne i større grad kommet med i rapporten. Det er behov for mer ressurser. Høringsfrist utvidet til 05.06.26. 10. Orientering fra Bjørn etter møte i HD med lederne for de ulike Handlingsprogrammene. 11. Orientering om høring revisjon pakkeforløp for kreft. Målsetting om at reviderte pakkeforløp er publisert før sommeren.	
2609	Nasjonalt brystkreftregister	1. Orientering fra Helle og Egil om NBCR rapport 2025. Det fremheves (1) at det er for stor variasjon i andel pasienter med positive lymfeknuter postoperativt som er antatt cN0 preoperativt (ikke neoadjuvant behandling). Årsak kan være sammensatt (preoperativ utredning, ulik registreringspraksis og evt feilklassifisering av cN-status) og (2) det er for stor andel pasienter som ikke starter adjuvant kjemoterapi innen 6 uker etter operasjon. 2. Forslaget om at skal det søkes om 15 års relativ overlevelse som nasjonal kvalitetsindikator støttes av styringsgruppen.	
2610	Svar på henvendelse til Råd for legeetikk	Henvendelse fra NBCG om leger ved offentlige sykehus bør informeres om behandling tilgjengelig i Norge som ikke er godkjent av Beslutningsforum? Rådet for legeetikk kommer med en uttalelse etter møtet 10. juni.	

	Henvendelse fra Onkonytt	Onkonytt – bidrag. Mail fra Jarle Jakobsen 21.01.26. Sunil sender inn bidrag på bakgrunn av nytt fra NBCG 2025 og 2026.	
2611	Saker/innspill fra ansvarsgruppene:	Patologi: 1. Oppdaterte Anbefalinger og retningslinjer for diagnostikk av lymfeknuter ved mammakarsinom fra Faggruppe for Mammapatologi sendes ut til styringsgruppen 2. Anbefalinger og retningslinjer for estimering av tumor-infiltrerende lymfocytter (TILs) i mammakarsinom fra Faggruppe for Mammapatologi sendes ut til styringsgruppen. 3. Retningslinjer for scoring av HER2-lav og HER2-ultralav gjennomgås nå av patologi-gruppen. Retningslinjer kommer 4. Oncotype Dx. Presisering om mikrometastaser i handlingsprogrammet. Ses på av medikamentell gruppe 5. Endring av tekst i kapittel 14. «<i>En benign phyllodestumor kan være vanskelig å skille fra et fibroadenom, men er som regel større, og snittflaten har et kløftet utseende med økt stromal cellerikdom. Ved mikroskopisk undersøkelse av operasjonspreparatet anbefales at man vurderer mitoser, vekstmønster, stromal atypi, stromal overvekst, stromal cellerikdom, eventuelle maligne heterologe elementer og reseksjonsflater (Tan, 2016). Histologien bør vurderes av patolog med erfaring i denne type diagnostikk sarkompatologi.</i>» 6. ESR1-status. ESR1 ctDNA analyse er i prosess til å bli etablert. Forventes å være klar til høsten 7. Patologi-gruppen; Elin Mortensen (UNN) går av med pensjon. Line Moi (UNN) foreslås, må forankres i Patologiforeningen.	

		Radiologi: - Arbeidsgruppen i radiologi har utarbeidet et utkast til oppdatert avsnitt om kontrastmammografi i handlingsprogrammet som ble vedtatt. <i>Utdrag:</i> «Kontrastmammografi (engelsk: Contrast Enhanced Mammography, CEM) er en mammografiundersøkelse der det gis jodholdig kontrastmiddel intravenøst for å synliggjøre områder med patologisk kontrastopptak i brystet. Det forutsettes det at pasienten har nyrefunksjon innen grenseverdier for å gi kontrast. Studier viser at CEM har god evne til både å oppdage og utelukke brystkreft, og metoden er i mange tilfeller et godt alternativ til MR. MR med intravenøs kontrast har i noen studier vist høyere sensitivitet enn CEM for å påvise brystkreft (97 %, 95 % KI 86–99 vs. 91 %, 77–97; $p < 0,001$), men lavere spesifisitet (ref. BRAID-studien). Både tomosyntese og konvensjonell mammografi har lavere sensitivitet og spesifisitet enn CEM (Fallenberg et al., 2017; Petrillo et al., 2020; Zhu et al., 2018). CEM kan øke den diagnostiske sikkerheten ved utredning av brystkreft, særlig hos kvinner med mammografisk tette bryst. Hos disse kan CEM avdekke patologi som ellers kan være skjult av kjertelvev på 2D mammografi og tomosyntese, og derfor vanskelig å oppdage. Metoden kan også gi en bedre vurdering av sykdomsutbredelse enn tomosyntese og 2D-mammografi supplert med ultralyd. Ved begrenset MR kapasitet kan CEM potensielt bidra til raskere oppstart av korrekt behandling (Skaane, 2022). I tillegg kan CEM utføres til en lavere kostnad enn MR, og granskningstiden er kortere. CEM kan være et godt alternativ til MR når det foreligger kontraindikasjoner mot MR, som klaustrofobi, betydelig overvekt eller implantater/pacemakere som ikke er MR-kompatible, og kan også være nyttig i enkelte tilfeller der det ikke er klar indikasjon for MR. En ulempe ved CEM er begrenset evne til å påvise forandringer eller lesjoner i områder som er ikke er synlig ved mammografi, som aksillen, eller prepektoralt. Metoden er heller ikke optimalt egnet til vurdering av eventuell innvekst i muskulatur, forekomst av lymfeknutemetastaser eller hudaffeksjon. I motsetning til MR mangler CEM både tredimensjonal fremstilling og informasjon om dynamisk kontrastopptak. - Revidert kapittel 4 i Handlingsprogrammet fra arbeidsgruppen som skulle se på det. Etter nytt avsnitt premaligne lesjoner nødvendig å harmonisere	- Avsnitt kontrast-mammografi - Kap 4 revidert
--	--	---	---

		noe. Det er noen kommentarer i dokumentet som vi ønsker at onkolog ser på (det var ikke onkolog i arbeidsgruppen). Dette vil gjennomføres i løpet av sommer/tidlig høst. 3. Innspill fra Inger Christine L`Orange. FEA som ikke fjernes: kontrolleres? Jfr. tabell i Kap. 4. Besluttet tekstlig endring; «kontroll besluttet i MDT møte», dette gjelder også for LCIS 4. Tabell om B3 lesjoner: Tekst om papillom må justeres; «<i>Symptomatiske papillomer uten atypi fjernes med VAE eller åpen eksisjon, Papillomer med atypi anbefales fjernet ved kirurgisk eksisjon</i>». Kapittel 4.8 er oppdatert om B3 lesjoner 5. Kapittel 2. Screening før benign brystkirurgi. Forslag om å endre til mammografi innen 6-12 mnd. ble drøftet. Vedtatt anbefaling om av mammografi bør tas innen 6 mnd. før benign brystkirurgi. Utsettelse av operasjon bør unngås slik at mammografi tas innenfor anbefalt intervall. 6. MG etter brystkreft. Klinisk mammografi med mulig overgang til screening etter 5 år. De ulike BDS må organisere dette. Målet er henvisning kun ved år 1., og deretter videre i regi av BDS. Oversikt over praksis ved ulike BDSer innhentes av representanter i styringsgruppen (fortrinnsvis kirurger). 7. Innspill om teksten i Diagnoseveilederen i forbindelse med arbeid med pakkeforløpsrevisjon. Det som står i Handlingsprogrammet skal ikke endres for å være mer i tråd med Diagnoseveilederen, men gjerne motsatt. Ny tekst er samsvarende. 8. Spørsmål om anbefaling for høyrisiko-kvinne (25-30 år) som ammer. UL eller mammografi/UL? Radiologi-representanter anbefaler at det gjøres mammografi og UL Det må sjekkes i etterkant om det er behov for oppdatering i kapittel 17.	
--	--	---	--

		Arvelig kreft: Ingen saker meldt inn	
		Kirurgi: 1. Ukorrekt beskrivelse av lokalavansert brystkreft i kirurgikapitlet. Vil bli oppdatert. 2. Innspill. Opprettelse av en tverrfaglig gruppe som vil gjennomgå og revidere tekst i handlingsprogrammet mht primær autolog rekonstruksjon høst 2026. Viser til Bakgrunnsdokument. Styringsgruppen vedtar at Camilla Kristoffersen HUS (kir), Ingvil Mjaaland SUS (onk), Cecilie Nordstrand Ålesund (onk) kan bidra i gruppen. 3. Oppdaget feil i tekst 5. 3 justeres, Ikke lokalavanserte tumores med cN0-1 aksillestatus hvor det utføres preoperativ systemisk behandling. Teksten HD 5.3 er feil og ikke samsvarende med det som NBCG har godkjent. (PDF på NBCG.no er korrekt)	Vedlegg 4.
		Stråleterapi: 1. Avsnitt om lokalavansert. <i>Under overskriften lokalavansert sykdom: der står det også data som omhandler stadium 2 sykdom. Bør endre tittelen til «Etter neoadjuvant behandling av lokalavansert sykdom/lymfeknute positiv sykdom», det vil også gjøres noen endringer til i teksten som følger for å ivareta for eksempel cT2cN1 situasjon (neoadjuvant)</i> 2. Referanse lagt til for HypoG-01 studien 3. FAST forward regimet med 5 fraksjoner N0 og N1mic kan også benyttes til pasienter operert med onkoplastiske teknikker, primær rekonstruksjon eller som har kosmetiske proteser, ut fra vedtak om følgende formulering: «Det er få data for 5 fraksjoners stråleterapi hos pasienter	Vedlegg 3.

		<i>operert med onkoplastiske teknikker. Etter faglig konsensus i Norge og etter konferering med brystonkologer i Sverige og Storbritannia anbefales også FAST forward regimet med 5 fraksjoner til pasienter operert med onkoplastiske teknikker, primær rekonstruksjon eller som har kosmetiske proteser.»</i> 4. Aktuelt også å utelate regional RT for pasienter med cT3cN0 subtype TNBC eller HER2+ som er behandlet neoadjuvant og har oppnådd status ypT0N0. Knyttet til resultatene fra NSABP B-51 RTOG 1304-studien står følgende i dagens handlingsprogram: «<i>Ut fra denne studien kan man vurdere å utelate regional stråleterapi hos pasienter med klinisk N1 som oppnår patologisk komplett respons (bryst og axille) etter neoadjuvant behandling.</i>» Det er enighet om en liten presisering i tekst, som inkluderes i neste versjon av handlingsprogrammet: «<i>Implisitt betyr dette at man også kan vurdere å utelate regional stråleterapi hos pasienter med cT3cN0 TNBC eller HER2+ svulster som oppnår komplett patologisk respons.</i>»	
		Medikamentell behandling: 1. Trastuzumab-derukstekan (T-DXD) til stadium 4, ER+HER2-lav eller HER2-ultralav brystkreft som har fått minst én endokrin behandling i metastatisk setting og som ikke anses som egnet for endokrin behandling som neste linje behandling ble godkjent 01.07.26. Resultatene er allerede omtalt i handlingsprogrammet. Det er besluttet følgende oppdatert anbefaling i handlingsprogrammet: T-Dxd kan benyttes både i 1., 2. eller senere linjer ut ifra vurdering av tumorbiologi, aggressivitet og komorbiditet. 2. Kardiotoksisitet av antistoff-cellegiftkonjugater (ADC). Til info. Samme oppfølging kreves for T-Dxd som for trastuzumab/pertuzumab (samme	

		LVEF reduksjon). https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2841247 3. Oppdatering tekst og ref. om neoadjuvant behandling av HER2+; «Det er også publisert studier som taler for at det er sammenlignbare pCR resultater for TCHP sammenlignet med THP (Chen et al., 2025; Gao et al., 2025), slik at i tilfeller der karboplatin ikke tolereres, kan det behandles videre med THP». https://doi.org/10.1200/JCO-25-02176 https://doi.org/10.1200/JCO-25-02855 4. Adjuvant OFS kan vurderes individuelt etter 5 år. Det er rapportert i studier økende bruk av OFS også etter 5 år. Det er allerede (fra før) lagt inn i kapittel 7 noe tekst som omtaler dette, i lys av tidligere publisering om AI bruk ut over 5 år. 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 (dersom sikkert postmenopausal). Vurdering av eventuelt behov for/videre bruk av OFS kan vurderes ved spesielt høy risiko på individuelt grunnlag (Burstein et al., 2025; Valenza et al., 2025). Ved postmenopausal status viser samlede resultater til nå at 5 års tilleggsbehandling med aromatasehemmer gir bedre risikoreduksjon enn 2-3 års tilleggsbehandling (etter gjennomført 5 år med endokrin behandling), men den absolutte effekten er avhengig av stadium og tumorkarakteristika (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), 2025). https://doi.org/10.1200/JCO-25-01660 5. Innspill om OFS med triptorelin som alternativ til goserelin? Både triptorelin og goserelin er benyttet i studier som underbygger bruk av og begge har indikasjon i Felleskatalogen. Omtalen i handlingsprogrammet vil	
--	--	---	--

		endres til LHRHa (luteinizing hormone-releasing hormon analog; goserelin eller triptorelin) 6. Spørsmål om det skal utarbeides egne retningslinjer for behandling av medikamentelt utløst ILD? Det foreslås ikke å legge inn behandlingsretningslinjer for denne bivirkninger, da vi ikke heller har behandlingsanbefalinger for mange andre bivirkninger som kan oppstå ved bruk av andre kreftmedikamenter. De er heller ikke unike bivirkninger for brystkreft. 7. Lobulært karsinom (ILC) og neoadjuvant behandling. Bør vi meisle ut noen retningslinjer ift. preoperativ behandling/primær kirurgi? Det oppfattes at vurdering ut fra tumorkarakteristika uavhengig av histologisk type fremdeles er førende for behandlings-beslutning da det ikke per nå er ytterligere faktorer som gir sikker tilleggsnytte 8. Oncotype Dx eller Prosigna på pN1mi? Begge tester har indikasjon og er omtalt, det vil vurderes om det er behov for justert tekst i neste versjon. Det planlegges samtidig endringer knyttet til publisering også av resultater fra OPTIMA (se under). 9. Resultater fra OPTIMA ble presentert på ASCO 2026. Handlingsprogrammet vil oppdateres ut fra følgende: «<i>OPTIMA har vist non-inferiority innenfor 2% maksimal forskjell i 5 års invasiv brystkreftspesifikk overlevelse (IBCFs) mellom kontrollarmen og Prosignatest-armen for hele per-protokoll populasjonen (91.8% vs 90.3%) og for pasientene med ROR score under eller lik 60 (94.8% vs 93.6%). Metastasefri 5 års overlevelse var tilsvarende 94.1% vs 93.3% og 97% vs 96% for de over nevnte populasjoner. Det er ingen tegn til forskjell i resultatene ut fra menopausal status, pN status eller stadium. Oppfølgingstiden er adekvat i forhold til å avdekke effekten av adjuvant kjemoterapi, men videre oppfølging er ønsket. TAILORx/MINDACT studiene</i>	
--	--	---	--

		har ikke vist «svækkelse» av resultatene for non-inferiority med lengre oppfølgingstid. OPTIMAprelim viser heller ingen svækkelse med lengre observasjonstid. På bakgrunn av resultatene i OPTIMA studien kan bruk av Prosigna i utgangspunktet anbefales til alle post- og premenopausale kvinner (>40 år) med inntil 9 positive lymfeknuder, for beslutninger om adjuvant systemisk behandlingsvalg. Ved et ROR score resultat under eller lik 60 kan kjemoterapi utelates og endokrin behandling må gis med tillegg av ovarial funksjonssuppresjon (OFS) dersom pasienten er premenopausal. Dersom ROR score >60 anbefales bruk av kjemoterapi etterfulgt av endokrin behandling. Det er besluttet følgende anbefaling om bruk av genekspresjonstest: Premenopausale pasienter >40 år med pN0 og pN1 samt premenopausale (>40 år) og postmenopausale pasienter med pN2 anbefales Prosigna. Øvrige pasienter med indikasjon for genekspresjonstest: Vurdering om bruk av Prosigna eller Oncotype Dx kan gjøres på det enkelte sykehus ut fra svartid, ressursbruk, kompetanseoppbygning eller andre forhold. Tabell lages med oversikt. 10. Ny referanse til info - behandling etter CDK4/6 i metastatisk situasjon (metaanalyse). Studien samler resultater fra en rekke studier knyttet til behandling etter CDK4/6 og gir oversikt over hva som kan støtte ulike valg, både ut fra mutasjonsstatus, virkning av behandlingen og bivirkninger. Studien er mest aktuell for omtale ved åpning for bruk av nye medikamenter for HR+HER2- metastatisk sykdom. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2025.103063 11. Repotrectinib (Augtyro) innføres som monoterapi til behandling av voksne og pediatriske pasienter 12 år og eldre med avanserte, solide tumorer som uttrykker en NTRK-genfusjon, og • som har fått tidligere behandling med NTRK-hemmer, eller • ikke har fått tidligere behandling med NTRK-hemmer, og	
--	--	--	--

		behandlingsalternativer som ikke er rettet mot NTRK gir begrenset klinisk nytte eller har blitt uttømt. Beslutningsforum for nye metoder (20.10.2025) https://www.nyemetoder.no/metoder/id2025_037/ 12. Ny tekst i handlingsprogrammet om vurdering av vedlikeholdsterapi etter bruk av kjemoterapi + trastuzumab/pertuzumab (HP) som induksjonsterapi med respons, hvor pause/seponering av kjemoterapi planlegges. Meget gode data ved behandling i tråd med HER2CLIMB eller PATINA. Det foreslås å beskrive klart i handlingsprogrammet dette scenarioet, med de foreliggende behandlingsvalg: (1) Videreføring av HP ved tilnærmet komplett respons (HR-), (2) Endokrin behandling + HP (HR+), (3) Endokrin behandling + palbociclib + HP (HR+), (4) Tucatinib + HP (spesielt for HR-) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2511218#:~:text=DOI%3A%2010.1056/NEJMoa2511218 https://doi.org/10.1200/JCO-25-02600 13. Det er besluttet at 2 mg/kg kan erstatte flat dosering av pembrolizumab, da det er mye dokumentasjon fra tidligere studier om at dette er likeverdig og samtidig kan det redusere behandlingskostnadene. Dette er en beslutning som gjelder generelt (fra de regionale helseforetak), inkludert bryst. Styringsgruppen vedtar at dette kan brukes som alternativ til flat dose i.v eller s.c. 14. Sacituzumab govitekan (SG) + pembrolizumab vs kjemoterapi + pembrolizumab til 1 linje PD-L1 pos TNBC (ASCENT 04). Ascent-04 funnet er lovende med bedre PFS ved bruk av SG + pembrolizumab, men vi vet ikke om 1. linje behandling er bedre enn å benytte SG monoterapi i 2. linje (etter kjemoterapi + pembrolizumab i 1. linje) mht OS. Argumentet for 1. linjes behandling kan være spesielt tidlige og aggressive residiv hvor det kan være større usikkerhet ved å vente med bruk til 2. linje. Funnene vil	
--	--	---	--

		omtales i handlingsprogrammet uten å definere en anbefaling, men hvor følgende er vedtatt å legges inn: <i>Beslutning om bruk av SG i hvilken linje ut ifra vurdering av tumorbiologi, aggressivitet og komorbiditet.</i> 15. Sacituzumab govitekan vs kjemoterapi til 1. linje PD-L1 neg TNBC eller der det ikke gis immunterapi (ASCENT 03). Ascent-03 funnet er lovende med bedre PFS ved bruk av SG, men vi vet ikke om 1. linje behandling er bedre enn 2. linje mht OS (ikke modne data og delvis cross-over). Argumentet for 1. linjes behandling kan være spesielt tidlige og aggressive residiv hvor det kan være større usikkerhet ved å vente med bruk til 2. linje. Funnene er allerede omtalt i handlingsprogrammet uten å definere en anbefaling, det vedtas å legge inn følgende i tillegg: <i>Beslutning om bruk i hvilken linje kan ut ifra vurdering av tumorbiologi, aggressivitet og komorbiditet.</i> 16. Innspill fra Ingvil om det er forsvarlig å redusere kardiologisk oppfølging ved HER2 rettet behandling. Ref. https://europepmc.org/api/getPdf?pmcid=PMC12228139. Beslutning om å avvente retningslinjer eller publisasjon fra kardiolog-miljøet. Saken vil i så fall tas opp igjen ved neste styringsgruppemøte.	
2612	Status EBCTCG, BIG, NBCN, Mammografiprogrammet	BIG er nå nedlagt. Nordisk møte 20-21.09.26, 30 deltagere fra Norge	
2613	NBCGs hjemmeside – status	Ingen saker.	
2614	Program fagmøte Onkologisk forum Trondheim torsdag 19.11.26	Innspill ønskes. Styringsgruppemøte blir onsdag 18.11.26 (Trondheim).	
2615	Eventuelt		

Norsk Bryst Cancer Gruppe – NBCG

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

Nestleder: Egil Støre Blix. Kreftavdelingen. Universitetssykehuset Nord-Norge. egil.store.blix@unn.no