

**Kirurgisk och onkologisk behandling av bröstcancer
–SweBCGs behandlingsrekommendationer**

2019-12-01 – 2020-05-31

KATEGORISERING AV TUMÖREN (kap 9 i NVP)

Bröstcancer indelas i genexpressionsmässigt definierade subtyper som i lathunden karakteriseras i enlighet med modifierade riktlinjer enligt St Gallen 2013, se figur nedan.

Kommentarer:

ER- respektive PgR-positivitet definieras som $\geq 10\%$ infärgade kärnor.

Det förekommer fall av falskt positiv PgR och i de fall man ser PgR-positivitet i en tumör med ER 0 % skall detta diskuteras vid MDK för ställningstagande till förnyad PgR-bestämning.

Negativ HER2-status definition:

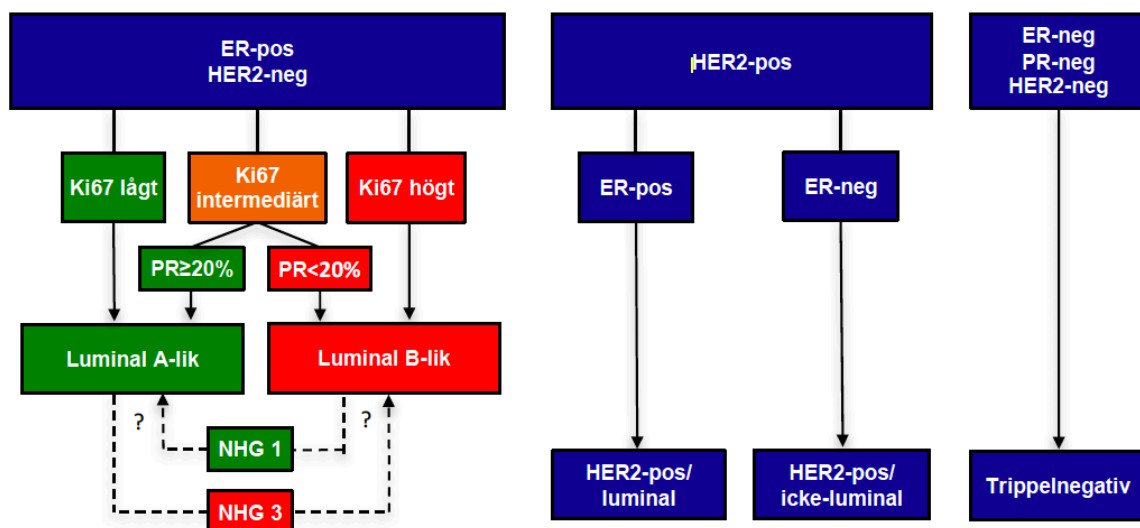
- HER2 protein score 0 eller 1+
- HER2 protein score 2+ och ISH kvot < 2 och HER2 genkopior < 4

Positiv HER2-status definition:

- HER2 protein score 2+ och ISH kvot ≥ 2 och/eller HER2 genkopior > 4
- HER2 protein score 3+

Ki67 skall för ER-positiv/HER2-negativ bröstcancer klassificeras med hjälp av lab-specifika gränsvärden och bedömas i tre kategorier: låg, intermediär och hög.

Som komplement till ovanstående klassifikation bör genexpressionsbaserad diagnostik, eller annan profilering användas i de fall det har betydelse för rekommendation om adjuvant cytostatikabehandling



PREOPERATIV TILLÄGGSBEHANDLING (kap 12 i NVP)

Preoperativ tilläggsbehandling, cytostatika, HER2-negativ bröstcancer

Neoadjuvant medicinsk terapi (i de flesta fall cytostatika) **skall ges** till patienter med primärt inoperabel eller inflammatorisk, men icke-generaliserad bröstcancer, cT4 cN0-3 M0.

Neoadjuvant behandling är **förstahandsalternativ** vid klinisk stadium II-III med trippelnegativ eller HER2-positiv fenotyp.

Neoadjuvant cytostatika ska **överbägas**, i synnerhet om bröstbevarande kirurgi annars inte vore möjligt, för luminala patienter med:

- Primärt konstaterad lymfkörtelmetastasering
- cT3-tumör

Klinisk tumörstorlek värderas bilddiagnostiskt (Mammografi/Ultraljud/MRI). Corebiopsi inför preoperativ terapi ska utföras med ultraljudsvägledning.

Körtelstatus ska bedömas före start av behandling. Kliniskt/bilddiagnostiskt misstänkta lymfkörtlar ska punkteras för cytologisk diagnostik före start av preoperativ cytostatika. Vid primärt cN0 ska SNB göras före start av cytostatika, alternativt i samband med radikal kirurgi efter preoperativ kemoterapi.

Vid cN+ (makrometastas) rekommenderas metastasscreening, i första hand med CT thorax-buk.

Preoperativ cytostatika ges i första hand i form av sekventiell terapi motsvarande 6-8 treveckorscykler; t ex Paklitaxel veckovis x 9-12, eller Docetaxel x 3 följt av EC x 3. Alternativt kan omvänd sekvens ges med EC först.

Vid TNBC kan karboplatin övervägas som tillägg till taxanbehandling, (t ex veckovis AUC2; eller AUC 5 var tredje vecka tillsammans med veckovis paklitaxel).

Under 65 år doseras i första hand E₉₀₋₁₀₀C₆₀₀ och veckovis Paklitaxel₈₀/Docetaxel₈₀₋₁₀₀; äldre ges E₇₅C₆₀₀ och veckovis Paklitaxel₈₀/Docetaxel₈₀.

Dostät EC90 givet varannan vecka med GCSF-stöd x 3-4 rekommenderas vid TNBC till patienter upp till 65 års ålder.

Patienter med hjärtsjukdom som inte bör erhålla antracykliner kan erhålla behandling med Cyklofosfamid₆₀₀ och Docetaxel₇₅ x 6, I andra hand CMF x 3 följt av veckovis Paklitaxel x 9.

Preoperativ tilläggsbehandling, cytostatika och HER2-riktad terapi, Her2-positiv bröstcancer

Vid cT2cN0 samt cT1cN1 Her2-positiv bröstcancer och större, är neoadjuvant behandling förstahandsalternativ.

Vid neoadjuvant behandling gäller att patienter under 65 år doseras i första hand veckovis Paklitaxel₈₀ /Docetaxel₈₀₋₁₀₀ respektive E₉₀₋₁₀₀C₆₀₀. Äldre patienter ges E₇₅C₆₀₀ och veckovis Paklitaxel₈₀/Docetaxel₈₀.

Behandling:

Ge Pertuzumab i tillägg till Trastuzumab och taxan.

Regimförslag:

- 1) Taxan + Trastuzumab + Pertuzumab) x 3-4 följt av EC x 3 (ev tillsammans med Trastuzumab) → kirurgi → Trastuzumab till sammanlagt 17 cykler.
- 2) Taxan + Trastuzumab + Pertuzumab i 6 cykler → kirurgi → EC x 2 under fortsatt trastuzumabbehandling → trastuzumab upp till 17 cykler.

Efter non-pCR: För patient som inte uppnått pCR (kvarvarande invasiv cancer i bröst eller regional körtel) efter preoperativ kemoterapi med HER2-blockad: överväg postoperativ behandling med trastuzumab-emtansin x 14, sådan behandling kan ges samtidigt som postoperativ RT. (Indikationen är ännu inte godkänd, eller har värderats av NT-rådet, men förväntas få en positiv bedömning).

Monitorering av hjärtat: Hjärtfunktionen ska kontrolleras med UKG eller MUGA före och under Trastuzumab/Pertuzumab-behandling. I neoadjuvant situation med samtidig antracyclin och trastuzumab/pertuzumab monitoreras hjärtfunktionen inför start, efter behandling tre och efter avslutad cytostatika, samt var 3:e månad under den postoperativa trastuzumabbehandling.

Vänsterkammarmfunktionen skall primärt vara normal och bör under pågående behandling inte sjunka med mer än 10 %-enheter i absoluta tal eller understiga 45 % för att behandlingen ska fortsätta. Om vänsterkammarmfunktionen försämras kontrolleras vänsterkammarmfunktionen på nytt efter ca 4 veckor, varefter man bör överväga att göra ett nytt behandlingsförsök om hjärtfunktionen återhämtats.

KIRURGISK BEHANDLING (kap 13 i NVP)

Kirurgisk behandling av DCIS eller pleomorf LCIS	
Bröstbevarande kirurgi	Clipsmarkering av sårhålan. Preparatröntgen. SNB vid hög risk för uppgradering till invasiv cancer på definitivt PAD (tumörbildande DCIS, misstänkt mikroinvasion på biopsi). Alt. inkludera i SentiNot
Mastektomi	Informera om möjlighet till direkt och senrekonstruktion. Ev. preparat-röntgen för patolog. SNB alt SentiNot
Marginal	≥2mm eftersträvas. Om <2mm, MDK diskussion om re-op alt. strålning (RT) (utbredning, ålder, NG). Ej radikal = re-op

Kirurgisk behandling av primär invasiv bröstcancer med kliniskt fri axill (N0)	
Unifokala och multifokala tumörer. Radikalitet med kosmetiskt gott resultat.	Bröstbevarande kirurgi + SNB. Clipsmarkering av sårhålan. Preparatröntgen. Alt. neoadjuvant behandling, se nedan*.
Unifokala och multifokala tumörer där det <i>inte</i> är möjligt att radikalt exstirpera tumören med kosmetiskt gott resultat	Mastektomi + SNB. Informera om möjlighet till direkt och senrekonstruktion. Alt. neoadjuvant behandling, se nedan*
T4 tumörer (inklusive inflammatorisk bröstcancer)	Neoadjuvant behandling följt av mastektomi och axillutrymning.

*Neoadjuvant behandling övervägs i syfte att möjliggöra bröstbevarande kirurgi eller mot bakgrund av tumörbiologi. SNB utförs i samband med radikal kirurgi, efter preoperativ behandling, vid kliniskt och ultraljudsmässigt N0. SNB kan avstås vid T4-tumör med indikation för axillutrymning. Radiologisk indikering/markering av tumörområdet inför start av behandling. Bilddiagnostisk evaluering efter 4-8 veckor. MDK även inför kirurgi.

Kirurgisk behandling av axillen efter sentinelnode biopsi (SNB)	
SN negativ, inklusive SN med isolerade tumörceller ≤0,2mm och/eller <200 celler	Ingen ytterligare kirurgisk åtgärd. Efter SNB före neoadjuvant behandling med progress i bröstet rekommenderas axillutrymning.
SN positiv, mikrometastas >0,2mm men ≤2mm	Vid bröstbevarande kirurgi där radioterapi och ev. systembehandling planeras, ingen axillutrymning. Vid mastektomi, eller SNB före neoadjuvant behandling, SenoMic-studien alt. axillutrymning.
SN positiv, makrometastas >2 mm	Axillutrymning alt. SenoMac-studien (1-2 SN+) alternativt strålbehandling (Amarosprotokoll).

Lymfödem

Vid nytillkommet lymfödem skall recidiv i axillen uteslutas.

Behandling vid manifest lymfödem

Ett tidigt omhändertagande eftersträvas och behandlingen är livslång.

Behandlingen består av en kombination av olika metoder; undervisning i egenvård, träning/aktiviteter, kompression genom bandagering för att få bort vätskekomponenten av svullnaden, följt av behandling med kompressionsstrumpa. Kvarvarande svullnad består av nybildat fett som börjar bildas redan då lymfödemet debuterar.

Operativ behandling

Vid terapiresistent ödem kan operativ behandling krävas. De ingrepp som kan bli aktuella är fettsugning, transplantation av lymfkörtlar och lymfovenösa anastomoser. Fettsugning sker vid plastikkirurgen Skånes universitetssjukhus i Malmö. Lymfkörtelkirurgi och mikroanastomoser görs i studieform vid plastikkirurgiska kliniken Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska sjukhuset i

Stockholm. De senare metoderna har ingen effekt på den fettomvandlade lymfödemkomponenten. Kontakta dessa enheter för att diskutera eventuella operationsfall.

Kirurgisk behandling av primär invasiv bröstcancer med axillmetastaser (N+)	
Unifokala och multifokala tumörer. Radikalitet med kosmetiskt gott resultat.	Bröstbevarande kirurgi + axillutrymning. Clipsmarkering av sårhålan, preparatröntgen. (SenoMac www.senomac.se)*. Alt. neoadjuvant behandling, se nedan [▫]
Unifokala och multifokala tumörer där det <i>inte</i> är möjligt att radikalt exstirpera tumören med kosmetiskt gott resultat.	Mastektomi + axillutrymning. (SenoMac www.senomac.se)*. Informera om möjlighet till direkt och senrekonstruktion. Alt. neoadjuvant behandling, se nedan [▫]
T4 tumörer (inklusive inflammatorisk bröstcancer)	Neoadjuvant behandling följt av mastektomi och axillutrymning.

▫ Kliniskt/bilddiagnostiskt misstänkta lymfkörtlar ska punkteras för cytologisk diagnostik före operation. Efter avslutad neoadjuvant behandling vid N+: axillutrymning.

*Vid N+ kan patienter som uppfyller kriterierna för inklusion i SenoMac inkluderas i studien (SenoMac www.senomac.se)

Definitioner av radikalitet efter primär bröstbevarande kirurgi	
Invasiv cancer	"no tumour on ink"
DCIS	≥2 mm marginal. Reoperation vid mindre marginal ej obligat.
Pleomorf LCIS	≥2 mm marginal
LCIS	Växt i resektionskanten accepteras

Fotodokumentation

För uppföljning av det kosmetiska utfallet efter bröstkirurgi, rekommenderas foto före och ett år efter ingreppet. Bedömningen kan objektiviseras genom användande av "BCCT core" verktyget som finns tillgängligt på nätet.

ONKOLOGISK POSTOPERATIV BEHANDLING (kap 14-16 i NVP)

Endokrin postoperativ behandling:

Endokrin terapi (ET) rekommenderas till patienter med invasiv ER-positiv (≥ 10 % infärgade kärnor) med följande egenskaper:

- Luminal A >10 mm*
- Luminal B, inklusive HER2-luminal (oavsett storlek)

Den rekommenderade behandlingstiden är 5 år för lymfkörtelnegativa patienter (N0). Vid lymfkörtelpositiv sjukdom (N+) eller T3-4 ska patienter som är recidivfria efter fem år värderas kliniskt för förlängd behandling under ytterligare två till fem år, se nedan. Vid mycket låg risk för recidiv;

*Luminal A bröstcancer ≤ 10 mm + N0, kan man möjligen avstå från endokrin tilläggsbehandling efter diskussion med patienten om nytta respektive risker.

Rekommendation avseende initial endokrin behandling år ett till fem:

Premenopausala patienter

- Tamoxifen under 5 år.
- Ovariell suppression (5 år GnRH alt. ooforektomi) i tillägg till Tamoxifen eller AI: rekommenderas kvinnor <40 år där cytostatikabehandling är indicerad.

Postmenopausala patienter med T1-2 N0 rekommenderas 5 års endokrin terapi med AI, Tamoxifen eller en sekvens inkluderande AI och Tamoxifen. Enbart Tamoxifen kan vara ett alternativ för äldre lågriskpatienter (med Luminal A sjukdom i stadium 1), eller vid kontraindikation/bristande tolerabilitet avseende AI.

Postmenopausala patienter med T3-4 eller N+ rekommenderas initialt 5 års endokrin terapi med AI, och därefter förlängd endokrin behandling.

Rekommendationer avseende förlängd endokrin behandling:

- 1) **Efter 5 års Tamoxifen** hos initialt premenopausal patient rekommenderas i första hand 5 års Aromatashämmare förutsatt att postmenopausalitet uppkommit. I andra hand, eller om postmenopausalitet ej uppkommit, rekommenderas Tamoxifen i ytterligare 5 år.
- 2) **Efter 5 års Aromatashämmare:** Rekommenderas fortsatt behandling till totalt upp till 7-8 års behandling med AI, alternativt skifte till Tamoxifen under 5 år.

Kommentarer:

- Observera vikten av compliance. I händelse av bristande tolerabilitet och risk att patienter avbryter sin behandling överväg byte mellan AI/Tamoxifen med aktiv uppföljning.
- Adjuvant endokrin terapi startas i samband med postoperativt besök om cytostatika ej är aktuell, annars ca tre veckor efter den sista cytostatikabehandlingen, i samband med start av eventuell RT. ET ges aldrig samtidigt med cytostatika men tillsammans med eventuell postoperativ trastuzumabbehandling/trastuzumab-emtansin.

- Aromatashämmare (AI) har endast effekt hos postmenopausala patienter, men är hos dem effektivare än Tamoxifen. Vid osäkerhet kring menopausstatus, ge Tamoxifen. Alternativt bör menopausstatus monitoreras med upprepad provtagning.
- Postmenopausalitet definieras som minst 1 år sedan sista menstruation i avsaknad av t ex hormonspiral eller mini-piller, alternativt efter kirurgisk ooforektomi eller vid behandling med GnRH-analog, eller ålder minst 60 år. Vid osäkerhet kring menopausstatus kan man kontrollera hormonspegeln genom blodprov (LH, FSH och känsligt östradiol). Observera att premenopausala kvinnor vars menstruationer upphört i samband med cytostatika kan återfå sin äggstocksfunction även efter mer än ett år, och att detta inte nödvändigtvis manifesteras i form av blödning!
- Ovariell suppression kan uppnås genom kirurgisk ooforektomi eller genom medicinsk behandling med GnRH-analog. Observera att ofullständig ovariell suppression kan förekomma vid behandling med GnRH-analog.
- Undvik lokal östradiolbehandling vid vaginala besvär under pågående AI, förutom Blissel® som kan användas utan att det bedöms påverka effekten av AI, alt. överväg byte till Tamoxifen.
- Endokrin terapi efter lokoregionala recidiv ges under minst 10 år.
- Endokrin terapi i preoperativ situation är i första hand aktuellt för äldre kvinnor med lokalt avancerad sjukdom som man inte bedömer aktuella för cytostatika, eller primär kirurgi. Behandlingen bör pågå under minst 4-6 månader och utvärderas kontinuerligt.
- Män behandlas adjuvant med i första hand Tamoxifen; vid kontraindikation ges AI.

Postoperativ tilläggsbehandling, cytostatika, HER2-negativ bröstcancer

HER2-negativa ER-positiva patienter med en tumör som är större än 10 mm eller är körtelpositiv rekommenderas adjuvant cytostatika i följande kategorier:

- Diagnos under 35 år
- Luminal B
- Luminal A med minst fyra positiva axillkörtlar (makro- eller mikrometastas).

Luminal A med en till tre positiva axillkörtlar (makro eller mikrometastas), diskussion med patienten om nyttan av adjuvant cytostatika, med hänsyn taget till ytterligare riskfaktorer (ålder och tumörstorlek) samt ev. komorbiditet. "Cytostatika kan övervägas".

Trippelnegativ bröstcancer (TNBC): Cytostatika rekommenderas vid tumör större än 5 mm eller körtelpositivitet.

Vid HER2-positiv bröstcancer, se rutan nedan!

Adjuvant cytostatika ges i första hand i form av sekventiell terapi motsvarande 6-8 treveckorscykler t ex Paklitaxel veckovis x 9, eller Docetaxel x 3 följt av EC x 3. Alternativt kan omvänd sekvens ges med EC först. Dosen bör anpassas efter patientens toxicitet. Patienter med högre riskprofil ges mer intensiv behandling. Sammanlagt antal cykler är minst 6 tre-veckorscykler.

Under 65 år doseras i första hand E₉₀₋₁₀₀C₆₀₀ och veckovis Paklitaxel₈₀/tre veckors Docetaxel₈₀₋₁₀₀; äldre ges E₇₅C₆₀₀ och veckovis Paklitaxel₈₀/tre veckors Docetaxel₈₀.

Patienter med hjärtsjukdom som inte bör erhålla antracycliner kan erhålla behandling med Cyklofosamid₆₀₀ och Docetaxel₇₅ x 6, i andra hand CMF x 3 följt av veckovis Paklitaxel₈₀ x 9.

Avstå från cytostatika vid hög biologisk ålder, signifikant komorbiditet eller osäker organfunktion. Den absoluta nyttan av adjuvant cytostatika för körtelnegativa patienter är begränsad för kvinnor över 75 års ålder.

Postoperativ HER2-riktad terapi:

Trastuzumab skall ges tillsammans med taxanbehandling, under minst 3 cykler i sekvens med en antracyklinbaserad behandling utan trastuzumab. Total behandlingstid med trastuzumab är ett år.

D₈₀₋₁₀₀ ax 3 alt. veckovis P₈₀ x 9 + Trastuzumab x 3 → E₇₅₋₁₀₀C₆₀₀ x 3 → Trastuzumab x 14.

För patienter under 65 år doseras i första hand veckovis Paklitaxel₈₀ /Docetaxel₈₀₋₁₀₀ respektive E₉₀₋₁₀₀C₆₀₀. Äldre patienter ges E₇₅C₆₀₀ och veckovis Paklitaxel₈₀/Docetaxel₈₀.

För patienter med nedsatt tolerabilitet avseende kemoterapi (biologiskt äldre patienter), och patienter med T1 N0 kan behandling med veckovis Paklitaxel 80 mg/m² x 12 tillsammans med trastuzumab var tredje vecka x 17 övervägas.

Vid hjärtsjukdom kan Docetaxel och Karboplatin kombineras med Trastuzumab (D₇₅ + Karbo AUC 5-6 X 6).

Monitorering av hjärtat: Hjärtfunktionen ska kontrolleras med UKG eller MUGA före och under Trastuzumab/Pertuzumab-behandling. I neoadjuvant situation med samtidig antracyklin och trastuzumab/pertuzumab monitoreras hjärtfunktionen inför start, efter behandling tre och efter avslutad cytostatika, samt var 3:e månad under den postoperativa trastuzumabbehandlingen.

Vänsterkammarmfunktionen skall primärt vara normal och bör under pågående behandling inte sjunka med mer än 10 %-enheter i absoluta tal eller understiga 45 % för att behandlingen ska fortsätta. Om vänsterkammarmfunktionen försämras kontrolleras vänsterkammarmfunktionen på nytt efter ca 4 veckor, varefter man bör överväga att göra ett nytt behandlingsförsök om hjärtfunktionen.

Adjuvant bisfosfonatbehandling – postmenopausala patienter med körtelpositiv sjukdom

Adjuvant bisfosfonatbehandling erbjuds postmenopausala kvinnor med körtelpositiv sjukdom. Behandlingen kan ges som sex intravenösa infusioner med zoledronsyra 4 mg med 6 månaders mellanrum.

Vid nedsatt tandhälsa ffa misstanke om parodontit, tandlossning eller rotaffektioner: tandläkarbedömning och käkkirurgiska åtgärder inför start av adjuvant bisfosfonatbehandling.

Behandling med bisfosfonat bör EJ ges till premenopausala patienter som erhåller ovariell suppressionsbehandling i de fall framtida graviditet kan bli aktuell.

Man kan ge de första infusionerna i samband med neo/adjuvant cytostatika.

Provtagning:

- Före start: Kreatinin, S-calcium/joniserat calcium. Ge kalcium/D-vitamin under pågående bisfosfonatbehandling
- Från behandling nr 2: Kreatinin och S-calcium/joniserat calcium i samband med behandling.

Patienter som planeras för 5 års endokrin terapi med AI bör erbjudas prevalensscreening med DEXA i samband med start av AI eller efter ca två års postmenopausalitet (i de fall postmenopausalitet debuterar i samband med start av AI).

Patienter som erhåller adjuvant bisfosfonatbehandling behöver inte genomgå sådan rutinmässig prevalensscreening avseende osteoporos med DEXA inför AI-behandling.

Postoperativ Strålbehandling

Klassisk lobulär cancer in situ:

Ingen strålbehandling

Duktal cancer in situ (inklusive Paget´s sjukdom) eller pleomorf lobulär cancer in situ:

- Efter radikal bröstbevarande kirurgi (≥ 2 mm marginal vid ren in situ):

Standardbehandlingen är strålbehandling mot den kvarvarande delen av det opererade bröstet 40 Gy på 15 fraktioner,

Överväg att avstå från strålbehandling för patienter med in situ cancer och låg risk för återfall om allt av följande föreligger:

- Tumör mindre än 15 mm
- Nuklear grad 1 eller 2 och utan nekroser
- Resektionsmarginal större än 2 mm.

- Efter mastektomi: Ingen strålbehandling

Invasiv bröstcancer – efter primär kirurgi:

- **N0 efter bröstbevarande kirurgi:**

Standardbehandlingen är strålbehandling det kvarvarande opererade bröstet:

40 Gy på 15 fraktioner samt boost mot operationsområdet enligt nedan:

Kvinnor ≤ 40 år: 16 Gy på 8 fraktioner*

Kvinnor 41-50 år: 10-16 Gy på 5-8 fraktioner*

Kvinnor >50 år: ingen boost.

Partiell bröstbestrålning (PBI), 40 Gy/15 fr, kan ges om ≥ 60 år, grad 1–2, ≤ 2 cm, ER+, HER2-neg, marginal 2 mm, N0, med endokrin behandling samt ska ej vara lobulär ca

*Man kan välja att ge motsvarande boostdos med hypofraktionering

- **N0 efter mastektomi:**

Vid T1–T2-tumörer ges ingen strålbehandling efter radikal kirurgi

Vid T3-T4 eller utbredd multifokal växt (extent >50 mm) ges strålbehandling mot thoraxväggen: 40 Gy på 15 fraktioner

Vid T4 bör lokoregional RT ges oavsett N-status

- **N+ (minst en makrometastas) efter bröstbevarande kirurgi:**

40 Gy på 15 fraktioner lokoregionalt, boost mot operationsområdet enligt nedan:

Kvinnor ≤ 40 år: 16 Gy på 8 fraktioner*

Kvinnor 41-50 år: 10-16 Gy på 5-8 fraktioner*

Kvinnor >50 år: ingen boost

*Man kan välja att ge motsvarande boostdos med hypofraktionering

N+ (minst en makrometastas) efter mastektomi:

Lokoregional strålbehandling till 40 Gy på 15 fraktioner.

Kommentar regional lymfkörtelbestrålning:

Vid mikrometastaser: Ingen postoperativ strålbehandling mot regionala lymfknotor. (Om ITC/mikromet efter preoperativ behandling ska dock strålbehandling ges).

Makrometastas oavsett antal: Strålbehandling mot axill, fossa supraclavicularis och parasternalområdet interstitierna 1–3: 40 Gy/15 fr, 2,67 Gy/fr, 5 fr/vecka
Vid vänstersidiga tumörer ges behandlingen med gating. Vid lateral tumör och 1–3 positiva lymfknotor kan parasternalområdet uteslutas.

Om endast en makrometastas och tumören är av grad 1, överväg att endast ge strålbehandling mot kvarvarande bröst efter bröstbevarande kirurgi

Om färre än 10 lymfkörtlar utrymtes ska lokoregional strålbehandling övervägas även vid endast en lymfkörtelmetastas och grad 1

Invasiv bröstcancer – efter neoadjuvant medicinsk terapi och kirurgi:

- Efter mastektomi:

Stadieindelning före start av behandling baseras på bilddiagnostik av bröstet, klinisk undersökning och ultraljud av axillen, med stöd av cytologisk diagnostik vid kliniskt N+ respektive sentinel node biopsi vid kliniskt N0 sjukdom.

cT1-2 pN0:	ingen strålbehandling
cT3 pN0:	40 Gy på 15 fraktioner (thoraxvägg)
cT1-4 pN+ och cT4 pN0:	Lokoregional RT: 40 Gy på 15 fraktioner

- Efter bröstbevarande kirurgi ges radioterapi enligt samma principer som vid primärt opererade patienter baserat på kliniskt stadium före start av medicinsk terapi, se ovan!

LOKALT AVANCERAD OCH METASTATISK SJUKDOM (Kapitel 18-19 i NVP)

Verifiera recidiv histologiskt eller cytologiskt, fastställ receptor- Ki67- och HER2-status! Mät Ca 15-3 i plasma.	
Kirurgi	Vid primärt generaliserad sjukdom leder resektion av primärtumör inte till påvisad nytta avseende överlevnad, men kan vara indicerat i syfte att uppnå lokal kontroll.
Radioterapi	Palliativ radioterapi såsom kliniskt indicerat
Medicinsk terapi	<p>Beslut om lämplig medicinsk terapi efter diskussion vid bröstkonferens, eller onkologisk terapikonferens. Recidiv ska om möjligt verifieras morfologiskt. Förnyad biopsi kan vara indicerad även senare i sjukdomsförloppet. Några riktlinjer:</p> <ul style="list-style-type: none">• Primär endokrin terapi ges i första hand till patient med ER-positivt HER2-negativt återfall. Indikationen för primär endokrin terapi stärks i de fall återfallet diagnostiserats efter avslutad adjuvant endokrin terapi (>1 år), eller i fall av primärt generaliserad sjukdom.• Tillägg med CDK4/6 inhibitor till endokrin behandling ska alltid övervägas vid fjärrmetastas/inoperatbelt recidiv av luminal HER2-negativ bröstcancer.• Primär cytostatika ges vid metastasering till parenkymatösa organ när det finns tecken på organpåverkan, och ska övervägas vid återfall under eller inom ett år från avslutad adjuvant endokrin behandling.• Val av palliativ cytostatika ska baseras på biologisk ålder, ev. tidigare given adjuvant terapi och intervall från dess avslutande, sjukdomsutbredning, komorbiditet och tid i relation till primärt insjuknande. Patienter bör under sitt behandlingsförlopp i avsaknad av kontraindikationer behandlas med antracykliner och taxaner.• Capecitabin-behandling kan övervägas tidigt vid isolerad skelettmetastasering, vid endokrin resistens och hos äldre patienter.• Platinumbaserad behandling skall övervägas tidigt vid BRCA-associerad metastatisk bröstcancer• Andra cytostatika som är aktuella vid behandling av metastaserande bröstcancer inkluderar Eribulin, Vinorelbin, och Cyklofosamid.• HER2-amplifierad bröstcancer behandlas i första hand i första linjen med taxanbaserad cytostatika med tillägg av trastuzumab och pertuzumab. Som ett alternativ till en taxan kan Vinorelbin med fördel väljas för äldre patienter eller vid leverpåverkan. HER2-

	<p>blockad bör fortgå även efter första linjen. Pertuzumabbaserad behandling ska övervägas även efter första linjen för patient som inte erhållit preparatet i första linjen.</p> <ul style="list-style-type: none">• TDM1, trastuzumab-emtansin (Kadcyla) rekommenderas i andra linjen efter progress på taxan-trastuzumab-pertuzumab.• Lapatinib + Capecitabin eller Lapatinib + Trastuzumab kan övervägas efter progress på TDM-1
--	---

Diverse riktlinjer:

Fertilitetsbevarande åtgärder i samband med neo/adjuvant cytostatika av premenopausala kvinnor med graviditetsönskan

Premenopausala kvinnor med graviditetsönskan erbjuds remiss till reproduktionsmedicinsk enhet för ägg/embryopreservation.

Premenopausala kvinnor med graviditetsönskan ska inför start av neo/adjuvant cytostatika informeras om möjligheten av behandling med GnRH-analog under pågående cytostatika i fertilitetsbevarande syfte.

G-CSF

G-CSF skall ges primärt vid neo/adjuvant behandling med EC \geq 90, Docetaxel100, samt pat över 65 år vid Docetaxel 80 liksom vid Docetaxel-Cyklofosamid.

Vid lokala och lokoregionala recidiv:

- Metastasscreening (CT thorax-buk inklusive, vid HER2-positiv bröstcancer och TNBC kan även screening av hjärnan övervägas)
- Kirurgi, ev. med lambåteknik till så god radikalitet som möjligt.
- Ny axillstaging med bildtagning.
- Tidigare RT: Överväg ny bröstbevarande kirurgi alternativt mastektomi.
- Ej tidigare RT: överväg bröstbevarande kirurgi följt av RT
- Överväg preoperativ behandling
- Receptornegativa och HER2-positiva patienter ska erbjudas cytostatika med neoadjuvant eller adjuvant intention, Vid HER2-positivitet även trastuzumab (med tillägg av pertuzumab om neoadjuvant behandling). För receptorpositiva patienter ges endokrin terapi, och eventuellt cytostatika (neoadjuvant eller adjuvant) efter individuellt ställningstagande vid terapikonferens.

Indikationer för metastasscreening hos asymtomatisk patient (CT thorax-buk-bäcken):

- ≥ 4 positiva lymfkörtlar vid axillutrymning
- Lokalt avancerad bröstcancer
- Inför preoperativ terapi av patient med klinisk axillmetastasering
- Vid lokalt, eller lokoregionalt recidiv
- Vid HER2-positiv och TNBC kan även screening av hjärnan övervägas

Manlig bröstcancer

Behandlas enligt samma riktlinjer som bröstcancer hos kvinnor. I de fall man avser att behandla med AI skall denna kombineras med GnRH-analog, (beakta risk för hjärt- och kärntoxicitet).

Benhälsa:

Benhälsan evalueras under det första året efter bröstcancerdiagnos, t ex i samband med ettårsbesöket, eller inför insättning på adjuvant endokrin terapi. Syftet är att identifiera kvinnor med manifest osteoporos, eller risk att utveckla det. I de fall det finns indikation för uppföljande undersökning hänvisas i första hand till primärvården.

Patienter ska erhålla allmänna råd om fysisk aktivitet och rökstopp

Vid planerad AI-behandling under 5 år eller mer som inte erhåller bisfosfonatbehandling: gör bentäthetsmätning.

Vid anamnes på kotkompressioner eller annan osteoporosassocierad fraktur gör DEXA och ge po bisfosfonatbehandling under pågående AI-behandling

ÄRFTLIG BRÖSTCANCER (Kap 10 i NVP)

Cancergenetisk vägledning/molekylärgenetisk testning skall erbjudas i följande fall:

- Bröstcancer \leq 40 års ålder.
- Bröstcancer \leq 50 år, om det i samma släktgren finns minst ett ytterligare fall av bröstcancer hos förstegradssläktingar eller andragradssläktingar. Bilateral bröstcancer räknas som två fall. Det andra fallet kan också vara ovarialcancer, tidig prostatacancer (före 65 års ålder), eller pancreascancer.
- Bröstcancer \leq 60 år, om det i samma släktgren finns minst två ytterligare fall av bröstcancer hos förstegradssläktingar eller andragradssläktingar. Bilateral bröstcancer räknas som två fall. De andra fallen kan också vara ovarialcancer, tidig prostatacancer (före 65 års ålder), eller pancreascancer.
- Trippelnegativ bröstcancer \leq 60 års ålder.
- Manlig bröstcancer oavsett ålder.
- Ovarialcancer inklusive tubarcancer och primär peritoneal carcinomatos (icke-mucinös, icke-borderline) oavsett ålder.
- I fall då positiv mutationsundersökning skulle ha omedelbar betydelse för behandling av patient med manifest cancer.
- Kriterier uppfyllda för annat ärftligt syndrom där bröst-/ovarialcancer ingår.

UPPFÖLJNING

refererar till kapitel 24 i NVP

Uppföljning efter primär behandling av bröstcancer stadium 0-3:

Bröstbevarande	1 år efter kirurgi	2-10 år efter kirurgi
Klinisk undersökning Se Checklista för återbesök nedan	Ja*	Ja, fem år efter diagnos för ställningstagande till förlängd endokrin terapi och kvalitetsregistrering
Mammografi	Ja	Mammografi årligen under 5-10 år upp till 75 års ålder, därefter individuellt ställningstagande
Mastektomi		
Klinisk undersökning Se Checklista för återbesök nedan	Ja	Ja, fem år efter diagnos för ställningstagande till förlängd endokrin terapi och kvalitetsregistrering
Mammografi	Ja	Mammografi i gängse screeningintervall. För kvinnor under 40: årlig MG med tillägg av ultraljud, från 40 års ålder gängse screening. Rekommendationen ska anpassas om det föreligger en identifierad hereditär risk t ex mutation i gen som leder till måttligt-kraftigt förhöjd bröstcancerrisk.