

Granskad, modifierad och godkänd av Nationella vårdprogramgruppen bröstcancer och SweBCG

Tillfälligt ändrade rekommendationer gällande behandling av bröstcancer under covid-19-pandemin

Giltigt från den 7 april 2020 och tillsvidare. Dokumentet kommer att uppdateras beroende på utvecklingen.

Beslut om att genomföra nedanstående åtgärder – och i vilken omfattning – tas lokalt utifrån rådande situation.

Dokumentets giltighetsområde

Detta dokument riktar sig till alla vårdgivare som utreder och behandlar bröstcancer i Sverige. Övergripande rekommendation är att det nationella vårdprogrammet skall gälla. Detta dokument definierar överenskomna anpassningar av det nationella vårdprogrammet som kan göras om befintliga vårdresurser till följd av covid-19-pandemin inte skulle räcka till. Inga anpassningar innebär avsteg från behandlingar som har tydliga effekter på överlevnad eller stor palliativ effekt gällande symtomlindring. Dokumentet är giltigt till dess det upphävs av Regionalt Cancercentrum i Samverkan.

Syften

- Att minska smittspridning till individer med stor risk att drabbas av allvarliga komplikationer i händelse av covid-19-infektion.
- Att fördela de begränsade resurserna till de patienter som har högst medicinsk nytta av behandlingen.
- Att identifiera de patienter som är i störst behov av snar handläggning.
- Att minimera åtgärder med risk för slutenvårdskrävande komplikationer.

Allmänna riktlinjer

Beställ undersökningar och boka fysiska besök enbart om dessa har en avgörande betydelse för handläggningen. Överväg att skjuta upp medicinska åtgärder som inte tydligt påverkar behandlingsresultatet. Patienter >70 år och patienter med sänkt immunförsvar är särskilt utsatta för covid-19-infektion – deras fysiska vårdkontakter ska begränsas till ett minimum. För alla patienter bör nödvändiga åtgärder och besök samordnas för att minimera fysiska besök på vårdinrättningar.

Rekommendationer diagnostik

- Mammografiscreening: följ beslut från respektive Region (<https://www.cancercentrum.se/samverkan/covid-19/screening/>)
- Patienter med välgrundad misstanke om bröstcancer utreds enligt normal rutin. Förlängda ledtider kan uppstå.
- Vävnadsanalys med biopsi är rekommenderad i stället för cytologi för att få information om tumörbiologi så att patienter som kan få primär endokrin terapi kan selekteras.
- Vid planerad neoadjuvant behandling, såväl med endokrin terapi som cytostatika, bör indikering av tumören göras med kol och/eller clips för säkerställa att tumörområdet kan identifieras vid senarelagd kirurgi.

Rekommendationer neoadjuvant behandling

Neoadjuvant endokrin terapi

Om primär kirurgi behöver skjutas fram > 4 veckor rekommenderas neoadjuvant endokrin terapi (minst 3–6+ månaders behandling, utvärdering av effekten efter ett par månader) för:

- Kvinnor 70 år eller äldre med N0/N1 bröstcancer oavsett tumörstorlek med Luminal A- eller Luminal B-lik tumör (för definition se nationella vårdprogrammet).
- Kvinnor 60 år eller äldre med N0 bröstcancer oavsett tumörstorlek med Luminal A-lik tumör.

Neoadjuvant cytostatika/anti-her2 terapi

Rekommenderas för:

- Trippelnegativa samt HER2-positiva tumörer. Behandling enligt det nationella vårdprogrammet. För äldre patienter som är primärt operabla kan man föreslå primär kirurgi och eventuell cytostatika kan ges postoperativt.
- Vid luminala tumörer individuell risk/nytta bedömning med hänsyn till riskfaktorer. Preoperativ kemoterapi i första hand endast i de fall man därigenom kan erbjuda bröstbevarande kirurgi som annars inte varit möjlig. Restriktivitet vid primärt operabla tumörer utan axillmetastaser där bröstbevarande kirurgi är möjlig.
- Lokalt avancerad eller inflammatorisk bröstcancer.

Rekommendationer kirurgi

- Köställ all kirurgi för benigna förändringar (fibroadenom, papillom, benign phyllodes), pre-maligna tillstånd (LCIS, ADH, biopsiverifierat stråligt ärr) och risk-reducerande ingrepp.
- Köställ diagnostiska operationer med låg malignitetsmisstanke där grovnålsbiopsi eller vacuumexcision varit benignt.
- DCIS grad 1-2 där bröstbevarande ingrepp planeras köställs. Om oklar omfattning av DCIS utred denna med MR. DCIS grad 3 oavsett planerad kirurgi, eller DCIS grad 1-2 som planeras för mastektomi, opereras med prioritet som vid invasiv luminal A bröstcancer, se nedan.

- Avstå fryssnittsdagnostik av portvaktslymfkörtlar utom för de patienter där re-operation medför en stor medicinsk risk, tex ASA 3-4 (<https://sfai.se/riktlinje/medicinska-rad-och-riktlinjer/anestesi/asa-klassifikation/>).
- Primär bröstrekonstruktion kan endast göras i undantagsfall tex när lämplig metod för sen bröstrekonstruktion saknas såsom vid frånvaro av autolog vävnad.
- Re-operation pga otillräcklig marginal i bröstet eller fynd av makrometastas i portvaktslymfkörtel kan senareläggas för de patienter som skall få adjuvant cytostatika.
- Dagkirurgisk vårdnivå tillämpas för alla patienter där det inte utgör en medicinsk risk. Eventuellt dränage kan med fördel avvecklas på öppenvårdsmottagningen.
- Köställt riskreducerande bröstkirurgi vid hereditär risk, erbjud adekvat riktad screening i enlighet med NVP.
- Riskreducerande salpingooforektomi hos BRCA1-bärare måste inte utföras redan vid 35 års ålder. Överväg att prioritera sådan kirurgi för kvinnor över 45 års ålder.
- Prioriteringsordning för de patienter som enligt MDK ska opereras:
 1. Patienter som fått neoadjuvant behandling/avbrutit neoadjuvant behandling
 2. Trippelnegativ bröstcancer
 3. HER2-positiv bröstcancer
 4. Luminal B
 5. Luminal A
 6. DCIS

Rekommendationer adjuvant systemisk onkologisk behandling

- Följ det aktuella nationella vårdprogrammet.
- Överväg att ge cytostatika var 3:e vecka i stället för veckovis för att minska antal besök till sjukhuset.
- Överväg dostät behandlingsregim endast på strikt indikation t. ex. trippelnegativ bröstcancer \geq N1 eller pN2-3 sjukdom oavsett subtyp.
- Överväg genexpressionsanalys till patienter > 50 år utan eller med begränsad lymfkörtelmetastisering (pN0-1) där kategorisering till luminal A eller B är osäker enligt immunohistokemiska analyser som stöd till beslut att ge cytostatikabehandling eller inte.
- Äldre patienter, som efter påbörjad behandling utvecklar neutropeni eller andra risker/komorbiditet, överväg att avsluta adjuvant cytostatikabehandling. Restriktivitet med adjuvant cytostatika till patienter >70 år.
- Ge tillväxtfaktorstöd/G-CSF som tydligt reducerar risken för neutropeni med slutenvårdsbehov – använd detta på mer generösa indikationer.
- Överväg att ge Goserelin var 3:e månad i stället för månadsvis för att minska antal besök till sjukhuset.
- Behandling med adjuvant zoledronsyra skjuts upp.
- Postneoadjuvant T-DM1 rekommenderas till patienter med kvarvarande viabel invasiv tumörvävnad efter adekvat neoadjuvant behandling vid HER2-positiv bröstcancer.
- Postneoadjuvant Kapecitabin (6 kurer) rekommenderas till patienter med kvarvarande viabel invasiv tumörvävnad efter adekvat neoadjuvant behandling i första hand vid trippel negativ bröstcancer.

Rekommendationer adjuvant radioterapi

- Överväg att avstå från adjuvant radioterapi efter bröstbevarande kirurgi hos patientersom är 65 år eller äldre (och yngre med relevant komorbiditet) och är radikalt opererade för en icke-lobulär invasiv bröstcancer upp till 20 (–30) mm storlek, Grad 1-2, ER-positiv, HER2-negativ, stadium ett och som planeras erhålla adjuvant endokrin terapi. Fortsatt inklusion i Naturalstudien om det är praktiskt möjligt och kan genomföras i enlighet med GCP.
- Ge adjuvant radioterapi efter bröstbevarande kirurgi, stadium 1, i fem fraktioner i enlighet med studierna FAST eller FAST forward (gäller ej patienter som rekommenderas boost). FAST forward ges 5,2 Gy/fr till 26 Gy på fem fraktioner (ges på max 8 dgr).
- Protokoll FF: https://www.icr.ac.uk/our-research/centres-and-collaborations/centres-at-the-icr/clinical-trials-and-statistics-unit/clinical-trials/fast_forward_page
- Boostbehandling förbehålles patienter tom 40 år eller andra med tydligt ökad lokalrecidivrisk, t ex efter icke radikal kirurgi i en situation då reoperation inte är möjlig. Simultant integrerad boost (SIB) rekommenderas för att korta behandlingstiden.
- Överväg att avstå regional RT hos postmenopausala patienter med T1, Grad 1-2 ER+, HER2-negativ bröstcancer med 1-2 makrometastaser. Bröstbestrålning enl punkt 2 ovan. (Gäller oavsett ev. deltagande i Senomac)
- Vid thoraxväggsbestrålning och regional lymfkörtelbestrålning: Ge 40 Gy på 15 fraktioner.
- Överväg att avstå postoperativ strålbehandling efter primär kirurgi av duktal cancer in situ.

Rekommendationer behandling av metastaserad bröstcancer

- Följ det aktuella nationella vårdprogrammet; speciellt focus på de patienter där behandlingen förväntas ge symtomlindring och patienter med förväntat lång överlevnad.
- Endokrin terapi kan ges även vid parenkymmetastaser hos patient med ER+ återfall. CDK 4/6 baserad terapi är där förstahandsval, men avvakta med att lägga till CDK 4/6-hämmare och utvärdera om enbart endokrin behandling ger effekt.
- Överväg att ge zoledronsyrabehandling med glesare intervall till patienter med skelettmetastaser eller gör uppehåll vid stabil sjukdom. Undantag vid hypercalcemi.
- Överväg per oral behandling med Ibandronat 50 mg dagligen istället för behandling med zoledronat eller denosumab.
- Överväg behandlingspaus / förlängt behandlingsintervall där det är medicinskt rimligt för patienter med stabil sjukdom.
- Överväg alternativa sätt att utvärdera behandlingseffekt (t.ex. CA15.3 vid förhöjt värde) i stället för radiologiska undersökningar om detta är möjligt, speciellt till äldre.

Övrigt

- Avvakta uppstart av nya studier under 4 veckor, omprövning månatligen.
- Byte till trastuzumab subcutan administrering vid kritisk situation.
- Överväg att glesa ut uppföljning med hjärteko eller MUGA under neoadjuvant/adjuvant antiHER2-terapi, evaluera före start och efter tre månader men glesa därefter ut till var 6:e månad hos asymtomatiska patienter där någon minskning i ejektionsfraktion.