

Revision af retningslinjekapitler 2022

Anne-Vibeke Lænkholm

Retningslinjeudvalget, DBCG

Patologiafdelingen

Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Planskema

Dansk Bryst Cancer Grupper (DBCG) Landsdækkende kliniske retningslinjer: Planskema 2022-2025

Dato: 26. november 2022

Retningslinje titel (senest godkendt, versionsnr.)	Udarbejdes / Revideres				Tovholder
	2022	2023	2024	2025	
Klinisk mammaradiologi <ul style="list-style-type: none"> • Prioriteringsgrupper • Udredning ved mistanke om dissemineret sygdom (primært udarbejdet 2 separate dokumenter, der ved revision samles) 	X(X)		X Rev juni	X Rev?	Radiologisk og Kirurgisk Udvalg. <ul style="list-style-type: none"> • Faglig godkendt 100621 • To dokumenter til godkendelse i DBCG 12.12.2022
Patologiprocedurer og molekylærbiologiske analyser ved brystkræft (081121 version 1.2)		X Rev mar			Patologiuudvalget
Kirurgisk behandling af brystkræft (250321 version 2.0)		X Rev dec			Kirurgisk udvalg
Risikoreducerende mastektomi (ny)		X			Tværfagligt udy. (KU og GU)
Postoperativ strålebehandling af brystkræft (250121 version 2.0)	X Rev dec				Radioterapiudvalget
Neoadjuverende kemoterapi ved brystkræft (080221 version 1.0)		X Rev dec			Tværfagligt udvalg
Opfølgning (2015)	(X)	X?			Tværfagligt udvalg (det oprindelige kapitel fra DBCG er 'oplagt i skabelonen 2022 – nyt afsnit ('revision') forventes udarbejdet efter DBCG seminar i efteråret 2023)
Carcinoma in situ forandringer i brystet (DCIS og LCIS) (011121 version 1.0)			X Rev nov		Tværfagligt
BRACA-analyse til patienter med brystkræft					Tværfagligt udvalg (Afsnit er udarbejdet, men ikke godkendt af DCCC/sundhedsdirektørkredsen i DR)
Primær lokal og regional fremskreden cancer mammae (291020 version 1.0)			X Rev apr		

Planskema

Udredning og behandling af brystkræft i forbindelse med graviditet	X			X? Rev <u>aug</u>	Tværfagligt (til godkendelse)
Lokoregionært recidiv (030522 version 1)				X Rev <u>juni</u>	Tværfagligt
Arvelig Cancer Mammae - henvisningskriterier til genetisk rådgivning, indikation for tilbud om <u>surveillance</u> og profylaktisk kirurgi (120121 version 1.2)	X Rev <u>okt</u>				Genetisk udvalg
Brystkræft – fysisk træning under kemoterapi for brystkræft (201120 version 1.0)		X Rev <u>dec</u>			Medicinsk udvalg?
Postoperativ genoptræning og forebyggelse af senfølger i overkroppen (061221 version 1.0)		X Rev <u>nov</u>			Kirurgisk udvalg med deltagelse af sygeplejersker og fysioterapeuter
Systemisk behandling af brystkræft I - hvem skal anbefales adjuverende systemisk behandling? (091221 version 1.2)			X Rev <u>mar</u>		Medicinsk udvalg
Systemisk behandling af brystkræft II - (neo)adjuverende systemisk behandling af tidlig brystkræft (091221 version 1.3)			X Rev <u>mar</u>		Medicinsk udvalg
Systemisk behandling af brystkræft III - palliativ og systemisk behandling af metastaserende brystkræft (MBC) (091221 version 1.2)			X Rev <u>mar</u>		Medicinsk udvalg
MDT-konference	X			X? Rev	Tværfagligt udvalg
Antal revisioner	2	5	6	4	Total 17
Antal nye retningslinjer	3 (2)	2	0	0	Total 6
Antal retningslinjer i alt	4 (2)	7	6	4	Total i alt 21 (2) ikke medtaget

Tovholder:
Tine Damsgaard
Professor
Klinik for plastikkirurgi
og Brandsårsbehandling.
Rigshospitalet



KLINISKE RETNINGSLINJER | KRÆFT

Lokoregionalt recidiv ved brystkræft

Version 1.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

6. april 2022 (DBCG)

Administrativ godkendelse

3. maj 2022 (Sekretariatet for Kliniske
Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 1. juni 2025

INDEKSERING

Lokoregional recidiv, brystkræft, behandling

Lokoregionalt recidiv

- **Udredning og Diagnostik**
- 1. Recidiv skal verificeres med biopsi (D)
- 2. Patienter med lokalt og/eller regionalt recidiv bør udredes med klinisk mammografi og ultralydsscanning af eventuel mastectomicatrice som beskrevet i Kapitel 2 under diagnostik (C)
- 3. Der skal foretages udredning for dissemineret sygdom (C)
- 4. Der bør udføres MR skanning af thoraxvæg ved klinisk mistanke om indvækst i denne (C)
- 5. Resultaterne fra udredning og diagnostik diskuteres på multidisciplinær konference med tilstedeværelse af kirurg, onkolog, billeddiagnostiker, patolog og hvor det er relevant også plastikkirurg og thoraxkirurg med henblik på fastlæggelse af den mest optimale behandlingsstrategi (D)

Lokoregionalt recidiv

- **Kirurgisk behandling (regio mammae)**
 - 6. Patienter med isoleret lokoregionalt recidiv (uden fjernmetastaser) bør tilbydes kirurgisk behandling. Kirurgien bør være makroskopisk radikal med resektion af alt tumorvæv (A)
- **Recidiv i brystet efter brystbevarende behandling**
 - 7. Ved ipsilateralt recidiv efter tidligere brystbevarende operation og strålebehandling udføres mastektomi (B)
- **Brystvægsrecidiv efter mastektomi (mere detaljeret beskrevet)**
 - 8. Resektion skal foretages makroskopisk radikalt med mindst 5 mm makroskopisk margen og 2 mm mikroskopisk margen (D)

Arvelig mammacancer

– Henvisningskriterier til genetisk rådgivning, indikation for tilbud om surveillance og profylaktisk kirurgi

Tovholder:
Anne-Marie Gerdes,
professor,
Klinisk Genetisk afd.
Rigshospitalet

Version 2.0

GODKENDT

Faglig godkendelse

12. december 2022 (DBCG)

Administrativ godkendelse

3. januar 2023 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: 31. oktober 2024

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version 1.2

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
Formål	Afsnit om analyserede gener er opdateret og inkluderer nu moderat-risiko gener.
Anbefalinger	Anbefaling 1 er opdateret mht. alder og 2a er ny.
Litteratur- og evidensgennemgang	Ny litteratur er tilføjet.

Henvisningskriterier

1. Mistanke om arvelig disposition til mammacancer bør rejses i familier, hvor mindst ét af følgende kriterier er opfyldt (B):
 - a. en kvinde med mammacancer påvist før 50-årsalderen.
 - b. en kvinde med mammacancer, hvor den invasive tumorkomponent er ER negativ og HER2 normal og/eller har "basal-like" genekspression.
 - c. en kvinde med bilateral mammacancer.
 - d. en kvinde med ovariecancer uanset alder og histologisk type.
 - e. \geq to førstegradsslægtninge med mammacancer.
 - f. en mand med mammacancer
2. Der bør henvises til genetisk risikovurdering og rådgivning i familier, hvor: (C)
 - a. en sygdomsdisponerende genvariant vil få behandlingsmæssig konsekvens.
 - b. der er mistanke om en arvelig disposition, jf. ovenstående.
 - c. der er påvist en sygdomsdisponerende genvariant, der disponerer til mammacancer.
 - d. der tidligere er påvist en genvariant af ukendt betydning (VUS, variant of unknown significance, C3), som nu ønskes revurderet for, om den disponerer til mammacancer.
 - e. det tidligere er vurderet, at der nedarves en øget risiko for mammacancer, og hvor der er indikation for ny konsultation f.eks. pga. nye cancertilfælde i familien, at patienten nærmer sig alderen, hvor hun tidligere er anbefalet undersøgelsesprogram eller fordi patienten har brug for en opfølgning.

Terminologi for risiko

Risiko for mammacancer klassificeres i tre grupper, jf. Tabel 1:

- Væsentligt øget risiko
- Moderat øget risiko
- Ikke væsentligt øget risiko

Estimering af mammacancerrisiko for bærere af en sygdomsdisponerende genvariant med moderat penetrans

4. Mange patogene varianter i *ATM*, *CHEK2* og *NF1* er forbundet med moderat øget risiko for mammacancer. Den samlede risiko for mammacancer kan modificeres af familieanamnesen, hvorfor kvindens samlede risiko estimeres vha. CanRisk (B)

Tabel 3. Radiologisk surveillanceprogram for kvinder med øget risiko for mammacancer udarbejdet i samråd med Radiologisk Udvalg, samt angivelse af mulighed for risikoreducerende mastektomi.

Surveillance i forhold til risikoprofil og kvindens alder								
Alder	Moderat øget risiko ¹	Væsentlig øget risiko for mammacancer ²						
		Ej påvist patogen variant	<i>PALB2, STK11, PTEN</i> m.fl. ³	<i>CDH1</i> ⁴	<i>TP53</i> ⁵	<i>BRCA1</i>	<i>BRCA2</i>	
20-24	-	-	-	-	Årlig MR-mammae	-	-	
25-29	-	-	-	-	Årlig MR-mammae	Årlig MR-mammae	-	
30-39	-	Årlig klinisk mammografi ⁶	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	Årlig MR-mammae	Årlig MR-mammae	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	
40-49	Årlig mammografi ⁷	Årlig klinisk mammografi ⁶	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	Årlig MR-mammae	Årlig MR-mammae	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	
50-69	Screeningsmammo grafi hvert 2. år	Screeningsmammo grafi ⁶	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	Årlig MR-mammae	Årlig MR-mammae	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	Årlig klinisk mammografi+ MR-mammae ⁶	
70+	-	-	Screeningsmammo grafi hvert 2. år ⁶	Individuel vurdering ⁶	Individuel vurdering ⁶	Screeningsmammo grafi hvert 2. år ⁶	Screeningsmammo grafi hvert 2. år ⁶	
			Mulighed for risikoreducerende mastektomi					

Postoperativ strålebehandling af brystkræft



Version **x.y**

GODKENDT

Faglig godkendelse

13.12.2022 (DBCG)

Administrativ godkendelse

dd. måned 20XX (Sekretariatet for Kliniske
Retningslinjer på Kræftområdet)

REVISION

Planlagt: december 2024

INDEKSERING

Strålebehandling, brystkræft, DBCG

Nyt siden sidst (ændringslog)

Nyt siden version xx

Retningslinjeafsnit	Beskrivelse af ændring
	<i>Beskriv kort de udførte ændringer ud for det relevante afsnit, så det er tydeligt, hvilke ændringer der er foreslået og hvorfor</i>
Anbefaling 1-26	Sproglig revision og opdatering af referencer svarende til hele dokument
Anbefaling 4	Aldersgrænse for delbryststrålebehandling sænkes fra 60 år til 50 år, mens øvrige kriterier fastholdes
Anbefaling 6	På baggrund af DBCG SKAGEN-1 studiet er moderat hypofraktionering med 40 Gy/15F standard ved lokoregional strålebehandling
Anbefaling 9	Anbefaling for indtegning af tumorleje er ændret således at CT snit over/under clips ikke længere inkluderes
Anbefaling 13	På baggrund af konsensusbeslutning anbefales ikke længere markering af cikatrice ved lumpektomi
Anbefaling 14	På baggrund af konsensusbeslutning anbefales bolus alene ved hudinvækst eller inflammatorisk brystkræft
Anbefaling 17	På baggrund af konsensusbeslutning anbefales i videst muligt omfang brug af simultant integreret boost

Anbefaling 18	Efter gennemgang af data fra DBCG HYPO og SKAGEN-1 er tilføjet vejledende <u>percentiler</u> for dosisbegrænsning til <u>ipsilaterale- og kontralaterale lunge, kontralaterale bryst samt hjertet</u>
Anbefaling 18	40% dosiskrav for <u>CTVp-CTVp, tumorbed</u> er fjernet
Anbefaling 20	Tilføjet omtale af protonterapi der som udgangspunkt gives protokolleret
Anbefaling 24	Tilføjet anbefaling om at planlægning af strålebehandling ved primær systemisk behandling forud for operation baseres på oprindelige T- og N-sygdom
Anbefaling 26	Dosisindberetning til DBCG er ændret fra mediansdosis til ordineret dosis
Bilag 1	Oversigt over historiske stråleterapiteknikker i DBCG

DBCG RT Udvalget, revision retningslinjer

- Aldersgrænse for delbryststrålebehandling sænket fra 60 år til 50 år medio 2021
- Indførelse af moderat hypofraktioneret loco-regional strålebehandling pba første resultater fra DBCG Skagen trial 1 → siden 1. juli 2021 har alle danske brystkræftpatienter fået behandling baseret på 40Gy/15fr
- Tekniske forhold revideret omkring planlægnings-CT og indtegnning af target. På baggrund af individuelle stråleplaner fra >2400 patienter i DBCG Hypo/PBI trials er nu lavet evidensbaserede vejledende percentiler for dosisbegrænsning til begge lunger, modsidige bryst samt hjertet
- Brug af bolus ved postmastektomi strålebehandling indskrænkes til tumorer med hudindvækst eller inflammatorisk brystkræft
- Konsensus om at boost til tumorlejet i videst muligt omfang bør være med simultant integreret teknik (sparer bl.a. 5 fremmøder for patienten)
- Tilføjet at protonterapi som udgangspunkt gives i protokolleret regi
- Bilag 1 viser oversigt over historiske strålebehandlingsteknikker i DBCG