Hur gör ni? Så gör vi! Diskussion under BOF-möte 2026-01-22

1. Hur gör ni med patienter som är äldre än 75 år som kvalificerar sig för adjuvant behandling med CDK 4/6-hämmare? Vad gör ni när de inte är i skick för cytostatikabehandling men skulle orka med CDK 4/6-hämmare?
   Vilken behandling är aktuell för patienten? Individuell bedömning. CDK4/6-I kan övervägas till den som inte bedöms tåla cytostatika. Till onkolog för värdering och diskussion. Ingen strikt åldersgräns. Vad vill patienten?

2. Hur behandlar ni cT1cN0 TNBC respektive HER2+?
   I första hand primär operation, följt av kemo/anti-HER2-beh.
   NVP öppnar upp för preoperativ behandling om 15-20 mm, dvs inte låsa sig vid mm-storlek. Värdera in andra riskfaktorer.
   TNBC: om preop behandling: ej pembro och karbo (?) om TNBC och T1.
   HER2+: som vid T2, om preop behandling. Pertuzumab?

3. Nydiagnostiserad HER2 pos spridd BC: screenar ni för CNS-met för att styra om behandlingen till T-DXd?
   De flesta gör ingen screening av hjärnan vid nydiagnostiserad metastaserad HER2-pos BC, om det inte föreligger symtom. Frikostigt med undersökning om symtom.
   Vissa kliniker screenar för att utesluta eller bekräfta förekomst av hjärnmetastaser. Att styra om behandlingsval till T-DXd är inte grundskälet.

4. Vad ger ni för behandling för att hantera hudtox av Pertuzumab?
   Klåda: antihistamin, kortisonsalvor.
   Utslag: Finacea/tetralysal tex.

5. Hur jobbar ni med värdering och behandling av äldre BC-patienter? Geriatrisk screening? Samarbete med geriatriker?
   Gbg: Kir sköterskor gör CFS (pts över 65). Få pts som bedöms som frail. Finns geriatriker tillgänglig men behovet inte stort. Många gör bedömningen själv i samband med patientbesöket. Inte användas för att selektera utan för att optimera behandling. Övergång till G8?
   Örebro: använder G8. Svårt att få geriatriker med.
   Hur mycket ska vi som onkologer kunna sköta själva? Samarbete med geriatriker? Primärvårdsläkare?
   NKS: skörhetsmottagning, ej specifikt för onkologi och inte enbart äldre.

6. Hur jobbar ni med kardioonkologi? Baseline riskbedömning för ex alla med endokrin terapi? Hur?
   Riskvärdering inför cytostatika: tabell i NVP. Utredning utifrån risk.
   UKG och EKG samt prover inför cytostatika.

Väldigt varierande hur vi gör. Ingen tar lipider inför AET. Kardioonkologikapitlet i NVP kommer att revideras inför nästa revision, kommer att se annorlunda ut.

7. Hur hanterar ni asymtomatiska CNS-metastaser? Utifrån subtyp? Behandling systemiskt om ”bara” CNS-metastaser? Strålbehandling även om asymtomatiska? Bara om bra systemisk behandling inte finns?
   I första hand systemisk behandling, och spara på strålbehandling, även vid symtomgivande sjd. Om enbart progress intracerebralt men stabilt i övrigt: stereotaktisk behandling mot oligometastas i hjärnan och fortsätta med samma systemisk behandling? Många lever länge och kan få påtagliga biverkningar av RT. Beror lite på biologi, lite mer ”på tå” vid TNBC. När hittar vi asymtomatiska hjärnmetastaser?

8. Hur ordinerar ni G-CSF (typ av preparat samt vilka dagar i behandlingscykeln) på patienter med:
   a. Trodelvy palliativt (är ju enligt rek nu men finns ej angivet vilka dagar som rekommenderas)
      Alla gör olika ☺ tex:
      Filgrastim dag 3-5 efter varje behandling
      Filgrastim dag 3-5, inget efter enbart pakli
      Pegfilgrastim: dag 2
      Filgrastim dag 3-5 samt pegfilgrastim dag 9
      Gilead: Filgrastim 4-5, 10-11
      Tips: vid första cykeln: ta prover dag 7 pga risk för snabb utveckling av neutropeni.
      Regimbiblioteket: Filgrastim dag 3-5, 10-12 eller dag 3-5 eller pegfilgrastim dag 9
      (Inte ge pegfilgrastim före dag 9???)

   b. Pakli/Karbo kurativt (ingår inte i nationella regimen men behövs oftast som tillägg framförallt om vill ge 4 cykler)
      Olika:
      Inte till alla
      Filgramstim dag 3-5
      Doseras utifrån hur provsvaren ligger för den enskilda patienten

9. Luminala premenopausala patienter, N0 G2 och intermediär Ki67: hur ska de riskkatergoriseras – vilka bör erbjudas cytostatika?
   Svårt. Genexpression (oncotype). Endokrin behandling inkl GNRH-analog? Ålder? Tumörstorlek?
   Erfarenhet från Gbg: de flesta får inte kemo utifrån Oncotype (faller ut som lågrisk).

10. DEXA-mätning: hur gör ni i praktiken? Vilka? När? Hur ofta? Vad får ni för svar på DEXA-mätningarna?
    Alla som ska ha AI och som inte ska ha adjuvant zoledronsyra. Ny mätning efter 2-3 år AI om ej adjuvant zoledronsyra.

Yngre som får GNRH-analog/OFS.
Svarar alla på adjuvant zoledronsyra?
För de flesta torde den adjuvanta zoledronsyrabehandlingen vara tillfyllest även vad gäller osteoporosprofylax.

11. Hur många kliniker kan erbjuda kylmössa vid cytostatikabehandling?
    Vid kurativ behandling: II
    Vid palliativ behandling: IIIII I
    Nej: IIIII III

12. Hur diskuterar ni möjligheten att avstå SN på MDK?
    Vissa kirurgkliniker är aktiva vad gäller avstå SN och har kommit igång – andra inte.

13. Ger ni dostät EC till HER2+ HR+ o/e HER2+ HR-?
    Vi gör detta neoadjvuant om 65 år eller yngre, cT3-4 o/e N+ samt om 65 år eller yngre, N+ och ej fått neoadj.
    Undantagsfall eller inte. På vissa ställen avstår man EC och ger TCHP istället.

14. Pembro adj ger vi var 3.e v, hur gör ni?
    Adjuvant var 6:e vecka. Vissa avstår sista dosen (dvs motsvarande 8 6-veckors behandling)

15. Blodprovstagning vid adj CDK 4/6-I: hur länge kontrollerar ni prover? Vi gör det i 5-6 månader och därefter var 3:e månad.
    Vissa slutar efter 6 månader. Varierar. Beror på hur provsvaren legat tidigare.