

## 14. Lokalavansert brystkreft

Lokalavansert brystkreft omfatter svulster klassifisert som T3 eller T4 og/eller brystkreftsykdom med lokalavansert lymfeknutemetastasering (N2-3), men hvor det ikke er påvist fjerne metastaser. Denne pasientgruppen er nokså heterogen. Prognosen er alvorlig, med tradisjonell behandling synes 5-års residivfri overlevelse å ligge rundt 30% for pasientgruppen som helhet. Likevel er det store forskjeller. Pasienter med T3 svulster synes å ha en vesentlig bedre prognose enn pasienter med T4 svulster. Lokoregionale (ofte diffuse) residiv utgjør et betydelig terapeutisk problem.

Det er ingen generell konsensus vedrørende behandlingen av pasienter med lokalavansert brystkreft på diagnosetidspunktet. De fleste er enige om at denne pasientgruppen har behov for multimodal terapi. Begrepet «neo-adjuvant behandling» er de senere årene blitt innarbeidet i den medisinske litteratur. Begrepet brukes om kjemoterapi gitt som primærbehandling, det vil si før anvendelse av lokal behandling (kirurgi og/eller strålebehandling). For utvalgte pasienter kan primær endokrin behandling være et alternativ til kjemoterapi.

Responsraten ved bruk av kjemoterapi i denne sammenheng synes å være høyere enn hva man ser ved metastatisk sykdom. Dette synes å være uavhengig av behandlingsregimene. Generelt synes det å være høyest responsrate ved de «aggressive» regimer (tilsvarende det man ser ved metastatisk sykdom), men også mildere kjemoterapiregimer kan gi en høy responsrate.

Status for neoadjuvant kjemoterapi ved stadium III kan oppsummeres som følger:

1. Samtlige kjemoterapiregimer som er vist å være effektive ved metastatisk brystkreftsykdom synes å gi gode responsrater også ved primærbehandling av primær lokalavansert brystkreft. Responsratene synes å være minst like høye som ved metastatisk sykdom.
2. Primær kjemoterapi etterfulgt av adekvat lokal behandling (kirurgi, strålebehandling eller begge i kombinasjon) synes å gi bedre lokal kontroll enn kirurgi/stråleterapi uten primær kjemoterapi. Det foreligger lite data fra randomiserte studier.
3. Primær hormonterapi synes ikke å gi de samme responsrater som primær kjemoterapi.
4. Det er ikke klarlagt hvorvidt kombinasjonsbehandling (kjemoterapi og endokrin terapi) bedrer responsraten, sammenlignet med kjemoterapi alene. Vanligvis anbefaler man ikke kombinasjonen.
5. En fordel med primær kjemoterapi iverksatt før kirurgi, er at behandlingseffekten kan evalueres, og overbehandling av pasienter der behandlingen ikke viser seg å ha effekt, kan unngås. Dette er også et argument mot å kombinere kjemo- og endokrinterapi før kirurgi.
6. Teoretisk skulle det være en fordel å sette inn systemisk behandling så tidlig som mulig med tanke på effekt på mikrometastaser. Så langt mangler vi data som i denne sammenheng kan vise at tidlig systemisk behandling har innvirkning på fjerne metastasering, og dermed for overlevelse.
7. Ved neoadjuvant kjemoterapi kan man oppnå å minske tumorstørrelsen slik at tumor blir operabel. Effekten av kjemoterapi er viktig. Patologisk verifisert komplett remisjon (pCR), medfører øket sjanse for residivfri og total overlevelse.

Pasienter med lokalavansert brystkreftsykdom bør vurderes for prospektive studier med tanke på å få mer informasjon om de problemstillinger som er nevnt ovenfor. Pasienter som behandles utenfor trials bør, med bakgrunn i en sannsynlig bedret lokal kontroll, ha primær

kjemoterapi. I enkelttilfeller kan det være aktuelt å gi endokrin neoadjuvant behandling i stedet. Vi anbefaler at man alltid konsulterer og henviser pasienter til det regionale onkologiske senter før behandlingsvalg tas for pasienter med primært inoperabel brystkreftsykdom.

NBCGs forslag til behandlingsalgoritme finnes lagt ut under nbcg.net (<http://www.nbcg.net/filer/26.pps>) og er som følger:

