

18 Behandling af cancer mammae med fjernmetastaser

18.1 Resume af DBCG's anbefalinger

Formål:

At sikre patienter med fjernmetastaserende cancer mammae tilbud om optimal udredning, behandling og monitorering.

Metode:

Retningslinjer udarbejdet på basis af en gennemgang af litteraturen, herunder resumeer af foredrag og posterpræsentationer fra de største internationale kongresser. Derudover har internationale konsensusdokumenter og udenlandske retningslinjer været vejledende. I tilfælde af manglende evidens er arbejdsgruppens anbefalinger anført med angivelse af, at der er tale om sådanne anbefalinger.

Rekommandationer:

- Udredning og evaluering
 - Patienter med systemisk sygdom udredes klinisk og med billeddiagnostiske undersøgelser for at fastlægge omfanget af sygdomsudbredning.
 - Med henblik på at bestemme hormonreceptor status og HER2 status kan der, som led i udredningen af patienter med metastaserende cancer mammae, biopteres fra minimum en af de metastatiske manifestationer.
 - Ved solitære metastaser bør der altid biopteres for at sikre korrekt diagnose.
 - Der skal løbende foretages evaluering af behandlingseffekten med relevante parakliniske undersøgelser.
 - Ved valg af behandling skal følgende parametre overvejes: Komorbiditet, PS, sygdomsudbredning, receptorstatus, tidligere behandling og patientens præferencer. Som hovedregel gælder, at patienter med ER positiv sygdom tilbydes endokrin behandling. Kemoterapi tilbydes patienter, som er resistente for endokrin behandling, patienter med ER negativ tumor og patienter med HER2 positiv tumor i kombination med trastuzumab.
- Endokrin behandling
 - Postmenopausale patienter med metastaserende cancer mammae, som har ER positiv tumor, bør primært tilbydes endokrin behandling i form af en aromatasehæmmer.
 - Patienter, der har effekt af endokrin behandling, bør tilbydes yderligere endokrin behandling, før der eventuelt skiftes til kemoterapi.
 - Patienter, der forsat er præmenopausale, bør tilbydes tamoxifen eller ovariel suppression f.eks. med en LHRH agonist kombineret med en aromatasehæmmer.

- Kemoterapi
 - Patienter med antracyclinresistens eller recidiv efter tidligere antracyclinbehandling anbefales behandling med et taxan, enten i form af docetaxel hver 3. uge eller ugentlig paclitaxel.
 - Behandling med capecitabin bør forsøges efter recidiv eller resistens efter tidligere antracyclin- og taxanbehandling.
 - Til kemoterapinaive patienter vælges enten et taxan eller et antracyclin som 1. linie behandling.
 - Patienter kan, afhængig af almen tilstand mm., tilbydes kemoterapi i anden og tredje linie.
- Anti-HER2 behandling
 - Patienter med HER2 positiv sygdom kan, såfremt de tåler kemoterapi, tilbydes HER2 targeteret behandling i kombination med kemoterapi
 - Patienter med HER2 positiv tumor, som ikke er recidiveret under adjuverende trastuzumab og som skønnes at kunne tåle kemoterapi, kan som 1. linie behandling tilbydes trastuzumab i kombination med vinorelbin
 - Patienter kan efter progression på behandling med trastuzumab og kemoterapi tilbydes behandling med lapatinib i kombination med capecitabin
 - Patienter med HER2 positiv tumor, som skønnes at kunne tåle yderligere kemoterapi, kan tilbydes forsat behandling med trastuzumab i kombination med kemoterapi
 - Patienter med recidiv af HER2 positiv tumor, og som ikke tidligere har modtaget maksimal kumulativ dosis af antracyclin, kan eksponeres for epirubicin
 - Postmenopausale patienter med hormon-receptor positiv, HER2 positiv tumor som ikke tåler kemoterapi kan anbefales HER2 targeteret terapi i kombination med aromatasehæmmer
 - Enkeltstof trastuzumab eller lapatinib bør kun anvendes, når patienten ikke tåler kemoterapi og der ikke er indikation for antihormonel behandling
 - Patienter med HER2 positiv sygdom og hjernemetastaser kan tilbydes lapatinib og capecitabin, såfremt deres almentilstand tillader dette, og behandlingen ikke er givet tidligere
 - Patienter med HER2 positiv sygdom og hjernemetastaser, som tidligere har modtaget lapatinib, kan tilbydes trastuzumab evt. i kombination med kemoterapi, såfremt deres almentilstand tillader dette
 - Patienter i behandling med trastuzumab bør løbende have evalueret venstre ventrikels udslagsfraktion enten ved MUGA skanning eller ekkokardiografi
- Behandling af knoglemetastaser
 - Patienter med knoglemetastaser behandles med antiresorptive midler i form af bisfosfonater i tillæg til den antineoplastiske behandling.
 - Behandling med bisfosfonater forsættes til patientens tilstand forværres signifikant.

- På grund af risikoen for osteonekrose i kæben bør patientens mundhule inspiceres og eventuelle infektiøse foci saneres inden start af bisfosfonatbehandling.
- Ved behov for smertelindrende strålebehandling kan det smertegivende område behandles med 8 Gy x 1.
- Ved truende eller manifest fraktur i vægtbærende rørknogler bør patienten tilbydes kirurgisk intervention.

18.2 Ansvarlig

Dette kapitel er udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af DBCG's medicinske udvalg.

18.3 Baggrund for anbefalingerne

18.3.1 Udredning

- **Patienter med systemisk sygdom udredes klinisk og med billeddiagnostiske undersøgelser for at fastlægge omfanget af sygdomsudbredning**

Sygdommens udbredning bør udredes før start af behandling, for at sikre at det efterfølgende er muligt at monitorere virkningen af den antineoplastiske behandling. Dernæst skal udredningen sikre, at patienten har sufficient organfunktion til at gennemføre den aktuelle behandling.

Udredningen omfatter:

- Klinisk undersøgelse
- Blodprøvestatus (hæmatologi inkl. diff. tælling, ioniseret calcium, kreatinin, elektrolytter, ALAT, LDH, basisk fosfatase og bilirubin)
- CT skanning af thorax og abdomen (kan erstattes af røntgen af thorax og UL af abdomen)
- Knogleskintigrafi
Ved abnorme foci bør der gennemføres enten røntgen, MR eller CT skanning af disse områder for at sikre diagnosen, såfremt patienten udelukkende har knoglemanifestationer (1,2)
- LVEF bestemmelse før eventuel antracyclin og trastumumab behandling iht. lokale retningslinier (3)
- Klinisk foto ved evaluerbar sygdom i huden.

Ved kliniske fund suppleres med relevante parakliniske undersøgelser.

Der foreligger endnu ikke tilstrækkelig evidens for rutinemæssig anvendelse af PET skanning i forbindelse med udredning af patienter med recidiv, derimod kan PET skanning være et redskab ved diagnostisk tvivl om, hvorvidt patienten har metastatisk sygdom (4).

I udvalgte tilfælde, for eksempel ved høj alder, udtalt komorbiditet eller dårlig almen tilstand, kan ovenstående udredningsprogram simplificeres.

- **Med henblik på at bestemme hormonreceptor status og HER2 status kan der, som led i udredningen af patienter med metastaserende cancer mammae, biopteres fra minimum en af de metastatiske manifestationer.**

Undersøgelser har vist, at ekspressionen af disse receptorer kan ændres således, at primærtumor og metastase ikke har samme ekspression. Nogle studier har vist diskrepans i forekomsten af ER mellem primær tumor og metastaserne, oftest med tab af ER ekspressionen i metastaserne (5,6,7). De kliniske implikationer af disse ændringer er dog forsat uafklaret.

Ændringer i ER og PgR ekspressionen kan spille en rolle i udviklingen af tamoxifen resistens – erhvervet resistens - hos primært ER-positive patienter, som modtager tamoxifen. Studier har vist tab af ER ekspressionen hos op til halvdelen af de patienter, som udviklede tamoxifenresistens under tamoxifen behandling (6,8). Nyere forskning har vist, at der foregår et kompliceret samspil (cross talk) mellem HER2 og hormonreceptorernes signalveje, som kan have betydning ved udvikling af endokrin resistens. Undersøgelser har også vist, at ekspressionen af HER2 kan ændres, således at primærtumor og metastase ikke har samme ekspression. Data fra studier, hvor man sammenlignende primærtumor og fjernmetastaser, har vist, at der var HER2 diskrepans mellem 14 - 20 % (5,9,10).

- **Ved solitære metastaser bør der altid biopteres for at sikre korrekt diagnose.**

I tilfælde, hvor man ved udredning af patienten kun finder et metastatisk fokus, bør der tages en biopsi med henblik på at bekræfte diagnosen, idet der findes en række tilstande, hvor de parakliniske fund kan være forenelig med en solitær metastase. Det drejer sig blandt andet om en ny primær tumor. Ligeledes kan der ved knoglefoci ses benigne forandringer der fremstår metastase suspekt på en skanning.

18.3.2 Monitorering under behandlingen

- **Der skal løbende foretages evaluering af behandlingseffekten med relevante parakliniske undersøgelser.**

Afhængig af lokalisering kan dette omfatte:

- Perifere lymfeknuder: UL – objektiv undersøgelse
- Knoglemetastaser: MR-skanning, CT-skanning, røntgen
- Levermetastaser: CT-skanning, UL-skanning
- Lungemetastaser: CT-skanning, røntgen
- Pleuravæske: Røntgen
- Ascites: CT-skanning, UL-skanning
- Centrale bløddelsmetastaser: CT-skanning
- Kutan/subkutan synlig spredning: klinisk foto med mål

Evaluering:

- Ved kemoterapi typisk efter hver 3. behandlingsserie, dvs. hver 9. uge; kan ved stabile forhold strækkes til hver 3. måned.
- Ved endokrin behandling hver 3. måned; kan ved stabile forhold efter 6 måneder udstrækkes til hver 6. måned og ved yderligere stabile forhold endnu længere styret af den kliniske tilstand.

Evaluering af respons bør baseres på RECIST kriterier version 1.1, som har indarbejdet anvendelsen af de nyeste billeddiagnostiske undersøgelser

18.3.3 Baggrund for valg af behandling

- **Ved valg af behandling skal følgende parametre overvejes: Komorbiditet, PS, sygdomsudbredning, receptorstatus, tidligere behandling og patientens præferencer. Som hovedregel gælder, at patienter med ER positiv sygdom tilbydes endokrin behandling. Kemoterapi tilbydes patienter, som er resistente for endokrin behandling, patienter med ER negativ tumor og patienter med HER2 positiv tumor i kombination med trastuzumab.**

Skønt der er gjort betydelige fremskridt indenfor den adjuverende behandling af tidlig brystkræft, vil godt 20 % af patienterne, som initialt diagnosticeres med regional sygdom senere udvikle et systemisk recidiv (11,12).

Ved fremskreden sygdom, hvor sygdommen har spredt sig uden for det regionale område, er helbredelse meget sjældent muligt. Den mediane overlevelse for patienter, der behandles med kemoterapi, er omkring 20 – 24 måneder (13) - dog meget afhængig af det sygdomsfrie interval, almentilstand og metastasernes lokalisation, (patienter med lymfeknude- og knoglemetastaser har ofte en betydelig længere median overlevelse end patienter med metastaser lokaliseret i viscera) (14). Formålet med behandlingen er derfor primært at lindre symptomer betinget af cancersygdommen, at bevare og forbedre patientens livskvalitet og i nogle tilfælde at forlænge livet.

Patientallokeringen til endokrin og cytotoxisk behandling er kompleks, idet den bl.a. afhænger af, om patienten ved recidiv har modtaget (eller evt. er i gang) med adjuverende behandling, hvilken adjuverende behandling, der er givet, og hvor længe der er gået, siden denne er afsluttet.

Ved bivirkningsfyldt behandling spiller patientens almentilstand, den forventede restlevetid, symptomerne og udsigten til gunstig behandlingseffekt også en vigtig rolle ved behandlingsvalg.

Endelig er patientens præference selvsagt også en vigtig faktor i behandlingsvalget.

Følgende skal tages i betragtning ved behandlingsvalg

- Almentilstand og alder

- Der er principielt ingen øvre aldersgrænse for antihormonel behandling.
- For kemoterapi gælder, at ældre patienter ofte tåler kemoterapi dårligere end yngre (f.eks. docetaxel, og epirubicin), og det er nødvendigt at være opmærksom på nyrefunktionen ved f.eks. capecitabin, leverfunktionen ved f.eks. docetaxel og antracyclin hjertefunktionen ved behandling med antracykliner og trastuzumab.
- HER2-status
 - Patienter med HER2-positiv tumor har generelt lavere responsrate og kortere tid til progression ved antihormonel behandling. Flere studier tyder på, at HER2 og østrogenreceptoren interagerer (cross talk). Ved HER2-positiv tumor skal trastuzumab i kombination med kemoterapi være første valg, med mindre patienten ikke kan tåle/ikke ønsker kemoterapi.
- Hormonreceptorstatus
 - Patienter med HER2-negativ og østrogen- og progesteronreceptorpositiv sygdom bør som hovedregel tilbydes antihormonel behandling. Undtagelser er akut livs truende sygdom defineret ved f.eks. tilstedeværelse af levermetastaser, stor tumorbyrde (f.eks. flere end to tumorlokalisationer) eller carcinomatose i lungerne samt kort sygdomsfrit interval (under et år).
 - Postmenopausale patienter med HER2 positiv og hormonreceptorpositiv sygdom, der skønnes ikke at kunne tåle kemoterapi, kan ved 1. recidiv tilbydes aromatasehæmmer i kombination med trastuzumab. Patienter med hormonreceptornegativ sygdom samt patienter, der har udviklet resistens overfor antihormon tilbydes kemoterapi.
- Patientens præference
- Protokolleret behandling
 - Såfremt det er muligt at inkludere patienten i et klinisk kontrolleret studium, bør dette foretrækkes, med mindre det strider mod patientens ønske.
- Tidligere adjuverende kemoterapi
 - Patienter, der recidiverer under adjuverende behandling, må betragtes som værende resistente overfor de givne stoffer. For patienter, der recidiverer kort tid efter (mindre end 1 år), foreligger der data for antracykliner, der viser, at patienterne er resistente (15). For taxan gælder, at der ikke foreligger data for adjuverende behandling, men at patienter, der tidligere har modtaget docetaxel som behandling af metastaserende sygdom og har udviklet sekundær resistens, kan respondere på ugentlig paclitaxel (16).
- Response på tidligere behandling
 - Responsraten på 1. linje behandling ved metastaserende brystkræft angives i litteraturen til 40-60 %. (17) Ved efterfølgende behandlinger mindskes effekten, således at man ved 3. linje behandling kun har beskedne effekt, omend en

gruppe patienter kan opnå stabilisering af sygdomsstatus (18). Derfor bør indikationen for især kemoterapi overvejes nøje og alene patienter i god almentilstand bør anbefales denne behandling.

Generelt bør det forventeligt mest aktive regime tilbydes først, med mindre det skønnes, at patienten ikke tåler dette.

Det er forsat uafklaret, hvorvidt kombinationsbehandling med flere kemoterapeutika giver bedre resultater end anvendelse af de samme stoffer sekventielt. I en nyligt publiceret konsensusguideline fra The European School of Oncology Metastatic Breast Cancer konkluderes, at selv om flere randomiserede undersøgelser viser en højere RR og længere tid til progression ved kombinationsbehandling sammenlignet med enkeltstofbehandling, er der ikke overbevisende data, der viser en overlevelsesgevinst. Samtidig finder studierne samstemmende højere grad af bivirkninger i kombinationsarmen. (19)

Beslutning om påbegyndelse eller skift af systemisk behandling bør som hovedregel konfereres med en senior læge.

18.3.4 Endokrin behandling

- **Postmenopausale patienter med metastaserende cancer mammae, som har ER positiv tumor, bør primært tilbydes endokrin behandling i form af en aromatasehæmmer.**
- **Patienter, der har effekt af endokrin behandling, bør tilbydes yderligere endokrin behandling, før der eventuelt skiftes til kemoterapi.**
- **Patienter, der forsat er præmenopausale, bør tilbydes tamoxifen eller ovariel suppression f.eks. med en LHRH agonist kombineret med en aromatasehæmmer.**

Hovedparten af patienterne med cancer mammae har ER positiv sygdom, og ved recidiv vil der ofte være metastaser til knogler og lymfeknuder. Derudover er der ofte tale om et langt sygdomsfrit interval og forholdsvis beskedne symptomer. Sygdommen vil ofte skride forholdsvis langsomt frem.

Der foreligger en række studier af effekten af endokrin behandling, bl.a. studier hvor tamoxifen er sammenlignet med aromatasehæmmere. Det gælder i almindelighed, at aromatasehæmmere er mere effektive end tamoxifen med højere responsrate (RR), og længere tid til progression (TTP), hvorimod der i disse studier ikke er påvist en gevinst i overall survival (OS). For eksempel fandt Mouridsen et al i en randomiseret sammenligning af letrozol 2,5 mg med tamoxifen 20 mg dagligt en signifikant længere TTP (9 vs. 6 måneder) og højere RR (32 vs. 21 %) ved letrozol-behandling, ligesom tiden til patienterne startede kemoterapi blev signifikant forlænget (16 vs. 9 måneder) (20). I en planlagt samlet analyse af 2 studier, hvor 1.021 patienter blev randomiseret til anastrozol eller tamoxifen, findes dog ikke signifikant forskel i TTP (8,5 vs. 7 måneder) eller RR (29 vs. 27 %) (21). I et andet forsøg

blev 371 patienter randomiseret til enten exemestan 25 mg eller tamoxifen 20 mg dagligt. Man fandt signifikant bedre effekt af exemestan med en TTP på 9,9 måneder med exemestan sammenlignet med 5,8 måneder med tamoxifen (22). I et Cochrane review fra 2009, hvor der er inkluderet 31 randomiserede studier af aromatasehæmmer (AI) overfor anden endokrin behandling, finder man en relativ overlevelsesegevinst på 10 % (HR 0,90; 95 % CI 0,84 – 0,97) ved brug af AI. Når studierne analyseres afhængig af, om der er tale om første, anden eller tredje linie behandling, er effekten på overlevelse udelukkende tilstede i forsøg, der omhandler 1. linie behandling (23) Fulvestrant, som er ren østrogen receptor antagonist blev i et tidligt studium fundet ligeværdigt med tamoxifen, hvad angår TTP som 1. linie behandling (24). Efterfølgende er der publiceret en fase III undersøgelse af 205 patienter, der sammenligner fulvestrant 500 mg med anastrozol 1 mg. Her fandtes identisk clinical benefit rate (andelen af patienter, som responderer eller har stationære forhold > 6 måneder) (72,5 vs. 67,0 %), og overlevelse. Derimod var TTP længere i den fulvestrant behandlede gruppe. (25). Der er nyligt publiceret resultaterne af et randomiseret fase III studium, hvor fulvestrant i doserne 250 mg og 500 mg im. hver 4 uge sammenlignes. Her fandt man et signifikant længere tid til progression ved brug af fulvestrant 500 mg im. hver 4. uge (26).

Effekten af endokrin behandling som 2. linie behandling er ligeledes undersøgt, og her finder man en klar effekt af yderligere endokrin behandling. Derimod er data usikre i forhold til valg mellem de enkelte behandlingsmuligheder. I et randomiseret studium af 2. linie behandling med enten letrozol eller anastrozol behandling fandt Rose et al, samme TTP, 5,7 måneder. Der var højere RR ved letrozol (19,1 vs. 12,3 %), men ingen signifikant forskel i clinical benefit rate (27,0 vs. 23,0 %) (27). I en sammenligning mellem fulvestrant og anastrozol som 2. linie behandling fandtes ingen signifikante forskelle i RR, eller clinical benefit rate (28) og i et senere studium fandtes ingen forskel i effekten mellem fulvestrant og exemestan i et studium med 693 patienter, hvoraf ca. 80 fik behandlingen som 2. linie (29).

Yderligere endokrin behandling kan være indiceret hos de patienter, hvor der har været en effekt på tidligere endokrin behandling, således fandt man i et studium af fulvestrant en clinical benefit rate på 44 % ved tredje eller senere linie behandling (30). Ligesom Vergote et al fandt clinical benefit rate på 46 % hos patienter, der fik aromatasehæmmer efter at være progredieret på 2. linie behandling med fulvestrant (31).

Der er således ikke direkte sammenlignelige data til at belyse, hvilken af de tre aromatasehæmmere der bør bruges i 1. linie behandling, ligesom der ikke er data, der kan belyse den mest hensigtsmæssige sekvens af endokrine behandlinger. Der er dokumenteret effekt af bl.a. letrozol, anastrozol, exemestan, fulvestrant, tamoxifen og megestrolacetat.

For præmenopausale kvinder gælder, at aromatasehæmmere ikke har effekt, med mindre patienten samtidig gennemgår ovariel suppression enten

kirurgisk i form af bilateral ooforektomi, aktinisk eller medicinsk i form af behandling med LHRH agonist (32).

Et forslag til en endokrin behandlingssekvens hos kvinder, der er postmenopausale, kunne være: 1. linie: Letrozol, 2. linie: Fulvestrant, 3. linie: Exemestan, 4. linie: Tamoxifen.

Hos kvinder, der er præmenopausale, kunne sekvensen være: 1. linie Tamoxifen 2. linie LHRH agonist +letrozol

Sekvensen modificeres såfremt recidivet opstår under pågående adjuverende endokrin behandling. Der findes imidlertid ingen evidens for, hvorvidt en anden form for endokrin behandling er hensigtsmæssig i denne situation.

18.3.5 Kemoterapi til patienter med HER2 negativ sygdom

I det følgende gennemgås behandlingsforslag til patienter, der har HER2 normale tumorer. Der er ikke skelnet mellem patienter, der har hormon receptor positive eller hormon receptor negative tumorer. Hvad angår denne sidstnævnte gruppe, såkaldt triple-negativ (HER2 negativ, ER negativ og PgR negativ) eller basal-like bryst kræft, er der aktuelt en række studier undervejs, men der er forsat ingen evidens for at anvende en anden strategi for denne gruppe, i forhold til den øvrige gruppe af patienter med HER2 normal sygdom. Man har imidlertid blandt disse patienter identificeret en subgruppe, der synes at have en højere recidiv rate. Det drejer sig om patienter < 40 år med en BRCA1 mutation. Foreløbige studier viser, at denne gruppe måske kunne have gavn af platinholdig kemoterapi.

Monoterapi vs. polykemoterapi.

Kun tre randomiserede fase III forsøg har vist forbedret overall survival (OS) med polykemoterapi sammenlignet med enkeltstof behandling. I det ene studium var kombinationen docetaxel-capecitabine bedre end docetaxel alene med bedre responsrate (RR), tid til progression (TTP) og OS. Imidlertid resulterede kombinationsbehandlingen i signifikant øget hæmatologisk og non-hæmatologisk toksicitet (33). Ved det andet forsøg blev behandling med paclitaxel sammenlignet med paclitaxel plus gemcitabine.

Kombinationsbehandlingen forbedrede RR, TTP og OS (34). I det tredje studium sammenlignedes gemcitabine plus docetaxel med docetaxel alene. Igen fandt man i kombinationsarmen øget TTP (225 dage vs. 194 dage), øget RR (44 % vs. 38 %) og øget OS (402 dage vs. 397 dage) sammenlignet med enkeltstof armen (35). Problemet er dog forsat, at der mangler data, der sammenligner kombinationsbehandling med sekventiel behandling. Dette sammenholdt med, at kombinationsbehandling som regel medfører en øget toksicitet, betyder at enkeltstofs kemoterapi ofte vil være at foretrække.

Ved valg af kemoterapi til behandling af patienter med systemisk HER2-negativ sygdom kan følgende scenarier forekomme:

- Kemoterapi efter tidligere antracyklinbehandling
- Kemoterapi efter tidligere antracyklin- og taxanbehandling

- Kemoterapi til patienter der ikke tidligere har modtaget kemoterapi.

Kemoterapi til patienter, der tidligere har modtaget antracyklin

- **Patienter med antracyklinresistens eller recidiv efter tidligere antracyklinbehandling anbefales behandling med et taxan, enten i form af docetaxel hver 3. uge eller ugentlig paclitaxel.**

En Cochrane analyse har demonstreret en moderat overlevelsesfordel ved taxanbaserede versus ikke-taxanbaserede regimer (36,37). Traditionelt har man anvendt paclitaxel i doser mellem 135 til 225 mg/m² indgivet hver 3. uge, imidlertid har ugentlig indgift (sædvanligvis en dosis på 80 mg/m²) vist sig at være førstnævnte overlegent, både hvad angår RR, TTP, og OS (38). I modsætning til paclitaxel har effekten af docetaxel ikke vist sig at være bedre ved ugentlig behandling i forhold til 3 ugentligt behandling (39).

En direkte sammenligning af docetaxel og paclitaxel, begge indgivet med 21 dages mellemrum kunne demonstrere en forlænget TTP og OS ved docetaxel behandling, men på bekostning af en signifikant øget toksicitet ved docetaxel behandlingen (40).

Kemoterapi til patienter, der tidligere har modtaget både antracyklin og taxan behandling

- **Behandling med capecitabin bør forsøges efter recidiv eller resistens efter tidligere antracyklin- og taxanbehandling.**

Der er relativt få effektive behandlingsmuligheder til kvinder med metastatisk brystkræft, som har progression eller recidiv efter at have modtaget både antracykliner og taxaner. Adskillige stoffer herunder capecitabin, vinorelbine, gemcitabine og platinderivater såvel som kombinationer af disse har været undersøgt (41).

Af disse stoffer er capecitabin det mest anvendte medikament, idet det er den bedst dokumenterede behandling m.h.t. effektivitet, sikkerhed og patientvenlighed (42).

Enkeltstof capecitabin resulterer i RR på ca. 25 % (43, 44). 1. linie behandling med capecitabin til metastatisk brystkræft har i en randomiseret undersøgelse vist sig at give signifikant højere RR, mens OS var sammenlignelig med det klassiske cyklofosamid, fluorouracil, methotrexat regime (45).

Det er ud fra den foreliggende litteratur ikke muligt at afgøre, hvilken kemoterapi der er mest optimal i denne situation. Således kan behandling med vinorelbine, gemcitabin, og ugentlig paclitaxel også forsøges.

Kemoterapi til patienter, der ikke tidligere har været behandlet med kemoterapi

- **Til kemoterapi-naive patienter vælges enten et taxan eller et antracyklin som 1. linie behandling.**

Taxaner har demonstreret signifikant aktivitet ved metastatisk brystkræft, både hvad angår RR og TTP. En nylig metaanalyse viste øget RR og TTP, men ingen effekt på OS ved taxaner i kombination med antracykliner sammenlignet med taxanbehandling alene (46).

Antracykliner regnes at være blandt de mest aktive medikamenter til behandling af metastaserende cancer mammae. Patienterne kan behandles med epirubicin 100 mg/m² hver 3. uge til maks. kumulativ dosis på 900 mg/m² (47). Derimod synes effekten af 1. linie behandling med vinorelbine at være moderat (48).

- **Patienter kan, afhængig af almen tilstand mm., tilbydes behandling med kemoterapi i anden og tredje linie.**

Behandling med kemoterapi i anden og senere linier vil afhænge af den tidligere behandling, som beskrevet ovenfor.

Ved progression efter antracyklin- og taxanbehandling kan behandling med capecitabin, vinorelbine, gemcitabin eller egentlig paclitaxel forsøges. Der er således flere studier, der viser effekt af anden og tredje linie kemoterapi (49). Derimod foreligger der ingen studier, der belyser hvilken sekvens, der er den mest hensigtsmæssige, hverken i relation til effekt eller toksicitet.

I det følgende er angivet en mulig sekvens ved behandling af patienter med et systemisk recidiv af en HER2 negativ tumor, afhængig af adjuverende behandling og tid fra primær behandling til recidiv. Dosering angivet i tabel 1.

Behandling af patienter med HER2 negativ tumor som har recidiv > 1 år efter afsluttet adjuverende cyklofosamid, epirubicin og 5-fluorouracil (5-FU) (CEF)

1. linje behandling
Docetaxel eller paclitaxel
- 2./3. linje behandling
Capecitabin
Vinorelbine
Gemcitabin
CMF
- 3./4. linje behandling
Epirubicin (evt. liposomalt doxorubicin)

Behandling af patienter med HER2 negativ tumor som har recidiv > 1 år efter afsluttet adjuverende cyklofosamid og epirubicin (CE) og docetaxel

1./2. linje behandling

Paclitaxel
Capecitabin

3./4. linje behandling

Vinorelbine
Epirubicin (evt. liposomalt doxorubicin)
Gemcitabin
CMF

Behandling af patienter med HER2 negativ tumor som har recidiv < 1 år efter afsluttet adjuverende CE og docetaxel

1. linje behandling

Capecitabin

2./3. linje behandling

Vinorelbine
Gemcitabin
Paclitaxel
CMF

Behandling af patienter med HER2 negativ tumor, som ikke tidligere har fået kemoterapi

1. linje behandling

Docetaxel/paclitaxel

2. linje behandling

Epirubicin

3./4. linje behandling

Capecitabin
Vinorelbine
Gemcitabin
CMF

Tabel 1:

Behandlingsregimer

Stof	Dosering	Bemærkninger
Docetaxel	75-100 mg/m ² iv. dag 1 hver 3. uge	
Paclitaxel	80 mg/m ² iv. dag 1+8, evt. +15 hver 3. uge	
Capecitabin	2000-2500 mg/m ² po. fordelt på 2 doser dag 1-14, gentaget hver 3. uge	

Vinorelbine	35 mg / m ² iv. dag 1+8 hver 3. uge	
Vinorelbine	60-80 mg/m ² po dag 1+8	Startdosis 60 mg/m ²
Gemcitabin	1000 mg/m ² iv. dag 1+8 hver 3. uge	
Epirubicin	100 mg/m ² iv. hver 3. uge	Maksimal kumulativ dosis på 900 mg/m ² .
Liposomalt doxorubicin	50 mg/m ² iv. hver 4. uge	Ingen maks. dosis, men patienten bør følges med MUGA
Cyklofosamid, methotrexat og 5-FU		

18.3.6 Behandling af patienter med HER2 positiv sygdom

Trastuzumab ved HER2-positiv metastatisk brystkræft

Patienter med en tumor, der har overekspression af onkogenet human epidermal growth factor 2 (HER2) i tumorcellerne, kan tilbydes målrettet behandling mod HER2 receptoren. Dette kan aktuelt ske i form af behandling med rekombinant humaniseret monoklonalt antistof, trastuzumab, eller tyrosinkinasehæmmeren lapatinib.

Trastuzumab bør som hovedregel ikke administreres sammen med antracyclin pga. risikoen for kardiotoxicitet.

- **Enkeltstof trastuzumab bør kun anvendes, når patienten ikke tåler kemoterapi**

Trastuzumab monoterapi

Fase II undersøgelser har vist, at trastuzumab er aktivt som enkeltstof behandling ved HER2-positiv metastatisk brystkræft (MBC), med responserate (RR) på 15 - 26 %, en clinical benefit rate (CBR) på 36 - 48 % og en median varighed på 9 måneder (50,51). To fase III studier har vist længere tid til progression (TTP) og længere overall survival (OS) ved behandling med trastuzumab i kombination med kemoterapi end ved sekventiel behandling med de to modaliteter (52,53).

- **Patienter med HER2 positiv tumor kan tilbydes trastuzumab i kombination med kemoterapi**
- **Patienter med HER2 positiv tumor, som skønnes at kunne tåle kemoterapi, kan som 1. linie behandling tilbydes trastuzumab i kombination med vinorelbin**

Trastuzumab i kombination med kemoterapi

Prækliniske studier tyder på, at trastuzumab kan øge effekten af kemoterapi (synergisme). Resultater af randomiserede fase II og fase III forsøg fremgår af tabel 2. Samstemmende viser forsøgene at tillæg af trastuzumab til kemoterapi øger RR, TTP og OS.

Tabel 2

Undersøgelser der sammenligner kemoterapi plus trastuzumab med kemoterapi alene hos patienter med metastatisk brystkræft

Reference	Patient population Antal af patienter	Terapi	Fase	“Outcome”
Slamon (54)	HER2-positive (IHC 2+ and 3+) 235 234	T + paclitaxel eller doxorubin + cyclophosphamid paclitaxel eller doxorubin + cyclophosphamid	III	RR 50 vs. 32 % TTP 7 vs. 5 måneder OS 25 vs. 20 måneder
Marty (55)	HER2-positive 92 94	T + docetaxel Docetaxel	Randomiseret II	RR 61 vs. 34 % TTP 11 vs. 6 måneder OS 31 vs. 23 måneder
Gasparini (56)	HER2-positive (IHC 2+ and 3+) 63 61	T + paclitaxel Paclitaxel	Randomiseret II	RR 75 vs. 57 % IHC 3+ subgruppe: RR 85 vs. 48 % TTP 12 vs. 9 måneder

IHC = immunohistokemisk undersøgelse; RR = responsrate; OS = overall survival; TTP = tid til progression; T = trastuzumab.

Resultater fra randomiserede fase II og fase III-forsøg, der undersøger forskellige kemoterapeutiske behandlinger i kombination med trastuzumab, er opsummeret i Tabel 3. Der findes ikke øget effekt ved anvendelse af cytostatisk kombinationsbehandling. Et randomiseret forsøg, der undersøgte trastuzumab i kombination med docetaxel eller vinorelbin viste samme tid til progression og samme overlevelse men øget toksicitet ved behandling med docetaxel (61).

Tabel 3

Randomiserede fase II og III undersøgelser af trastuzumab i kombination med 1. linie kemoterapi ved metastatisk brystkræft.

Reference	Antal patienter	Terapi	RR (%)	TTP (median; måneder)
Robert (57)	98 98	T + paclitaxel T + paclitaxel + carboplatin	36 52	7 11 (p = 0.03)
Burstein (58)	41 40	T + vinorelbin T + paclitaxel or docetaxel	51 40 (p = 0.37)	9 6 (p = 0.09)
Wardley (59) (randomiseret fase II)	110 112	T + docetaxel T + docetaxel + capecitabin	73 71	PFS13 18 (p = 0.045)
Valero (60)	131 131	T + docetaxel T + docetaxel + carboplatin	73 73	10 11

				(p = 0.57)
Andersson (61)	143	T + docetaxel	59	12
	141	T + vinorelbin	59	15 (p = 0.67)

RR = responsrate; TTP = tid til progression; T = trastuzumab.

- **Patienter med HER2 positiv tumor, som skønnes at kunne tåle kemoterapi, kan tilbydes forsat behandling med trastuzumab i kombination med kemoterapi**

Behandling efter progression

Retrospektive analyser har vist, at fortsættelse af behandling med trastuzumab i kombination med andre cytostatiske midler er muligt og sikkert (behandling efter progression) (62,63). Der har været initieret randomiserede undersøgelser med henblik på at vurdere, effekten af forsat trastuzumab efter progression. Det har imidlertid vist sig yderst vanskeligt at rekruttere patienter til sådanne forsøg. Data fra en undersøgelse, hvor patienter med HER2-positiv metastatisk brystkræft, der var progredieret efter 1. linie kemoterapi i kombination med trastuzumab, blev randomiseret til at modtage kemoterapi med capecitabin alene eller i kombination med (fortsat) trastuzumab er publiceret. Efter inklusion af 156 patienter med en median opfølgning på ca. 11 måneder, fandtes en median TTP fri overlevelse på 8 måneder i trastuzumab-armen versus 6 måneder i capecitabin monoterapi-armen (HR = 0,69, p = 0,034). RR var 48 versus 27 % (p = 0,011), mens den mediane overlevelse var henholdsvis 26 og 20 måneder (HR = 0,76, p = 0,26) (53).

Konklusivt foreligger der således sparsomme data, der viser at behandling med trastuzumab efter progression øger TTP og OS.

Der er rapporteret lovende resultater fra en lang række ikke-randomiserede fase II-forsøg, hvor trastuzumab er kombineret med vinorelbin, paclitaxel, docetaxel, gemcitabin, capecitabin, cisplatin og carboplatin (64). Der er ikke studier, der belyser den optimale sekvens af disse behandlinger.

Der kan anvendes forskellige regimer, afhængig af den adjuverende behandling, tid fra primær behandling til recidiv, tidligere behandling og patientens almentilstand, som vist i Tabel 4

Tabel 4

Fase II studier med trastuzumab i kombination med forskellige cytostatika.

Vinorelbin + trastuzumab	Vinorelbin 30-35 mg/m ² dag 1+ 8 hver 3. uge + trastuzumab eller Vinorelbin peroral 60 mg/m ² (1. serie) herefter 80 mg/m ² dag 1+8 hver 3. uge + trastuzumab
Docetaxel + trastuzumab	Docetaxel 75-100 mg/m ² dag 1 hver 3. uge + trastuzumab

Capecitabin + lapatinib	Capecitabin 1000 mg/m ² x 2 dag 1-14 + lapatinib 1250 mg/dagligt
Paclitaxel + trastuzumab	Paclitaxel 80 mg/m ² ugentlig + trastuzumab
Gemcitabin + trastuzumab	Gemcitabin 1000 mg/m ² dag 1+8 hver 3. uge + trastuzumab

Trastuzumab gives i alle regimerne som mætningsdosis 8 mg/kg og herefter 6 mg/kg dag 1 hver 3. uge.

- **Patienter med recidiv af HER2 positiv tumor, og som ikke tidligere har modtaget maksimal kumulativ dosis anthracyklin, kan eksponeres for epirubicin**

Epirubicin

En række studier har vist, at amplifikation og/eller overekspression af HER2 er en prædiktiv faktor for effekt af antracykliner. En nylig publiceret meta-analyse bekræfter dette (65,66).

- **Patienter i HER2-rettet behandling bør løbende have evalueret venstre ventrikels uddrivningsfraktion enten ved MUGA skanning eller ekkokardiografi**

Tolerabilitet

Den vigtigste bivirkning af trastuzumab er kardiotoxicitet. Blandt patienter behandlet med trastuzumab som monoterapi ved metastatisk brystkræft oplevede mindre end 3 % en kardial hændelse. Blandt patienter som tidligere havde modtaget behandling med et antracyklin. dog op til 4,5 %

I adjuverende studier, hvor trastuzumab blev givet i kombination med eller efter kemoterapi, har man fundet, at forekomsten af svære hjerteforstyrrelser (NYHA klasse III-IV) er sjældne.

En opdateret analyse af HERA-undersøgelsen konkluderede, at symptomatisk hjertesvigt var sjældne (0,6 %, ingen med dødelig udgang) og var associeret med tidligere anvendelse af antracyklin. Desuden har opfølgende undersøgelser vist, at trastuzumab-induceret kardiomyopati i vid udstrækning er reversibel. Dog bør hjertefunktionen løbende overvåges under trastuzumabbehandling (67).

Behandling

Første behandling gives som mætningsdosis med 8 mg/kg legemsvægt. Efterfølgende behandlinger gives med 6 mg/kg legemsvægt hver 3. uge. For at modtage behandling med trastuzumab skal patienterne være i rimelig almentilstand (WHO performance status < 3), uden hviledyspnoe som skyldes brystkræften (pleuraexudat, lymfangitis carcinomatosa). Patienten må kun i meget begrænset omfang og kun intermitterende have behov for ilttilskud. Trastuzumab gives som hovedregel til progression eller uacceptabel toksicitet.

Lapatinib ved HER2 positiv sygdom

- **Enkeltstof lapatinib bør kun anvendes, når patienten ikke tåler kemoterapi**

Lapatinib er en tyrosinkinasehæmmer rettet mod HER1 og HER2. Fase II undersøgelser af lapatinib monoterapi har vist RR fra 2 til 28 %, afhængig af tidligere behandling (68-70).

Lapatinib i kombination med kemoterapi

- **Patienter kan efter progression på behandling med trastuzumab og kemoterapi tilbydes behandling med lapatinib i kombination med capecitabin**

I et fase III studium blev patienter med fremskreden HER2-positiv brystkræft, som tidligere havde modtaget kemoterapi plus trastuzumab, randomiseret til behandling med capecitabin alene eller i kombination med lapatinib. Median TTP var 8 måneder i kombinationsterapi-gruppen og 4 måneder for den gruppe, der modtog capecitabin monoterapi, HR 0,49 (95 % CI 0,34-0,71, p <0,001) (71). I en nylig undersøgelse, der sammenligner paclitaxel med paclitaxel plus lapatinib hos 580 patienter med stadium III eller IV brystkræft, fandt forfatterne ingen signifikant forskel i TTP blandt HER2-negative patienter, hvorimod kombinationen var signifikant bedre blandt HER2-positive patienter, hvilket understreger betydningen af HER2-testning (72) (Tabel 5).

Bivirkninger ved lapatinib har inkluderet diarré, udslæt og træthed. Bivirkninger af grad III eller IV, er sjældne. Stoffet er potentielt mindre kardiotoxisk end trastuzumab. Blandt 2.812 patienter behandlet med lapatinib udviklede 1,3 % et fald i venstre ventrikels uddrivningsfraktion og faldet var reversibelt hos ca. halvdelen af patienterne (75). Således er der i øjeblikket ingen håndfaste beviser for, at lapatinib forårsager kardial toksicitet.

Tabel 5

Fase II og III undersøgelser af lapatinib ved metastatisk brystkræft.

Reference	Patientpopulation	Terapi	Fase	“Outcome”
Gomez (68)	MBC/LABC HER2-positiv Første linie n = 138	lapatinib	Fase II, randomiseret	RR 24 % SD 51 %
Burstein (69)	MBC Tidligere antracyklin, taxan, capecitabin, trastuzumab Kohorte A: n = 140; HER2-positiv Kohorte B: n = 89; HER2-negativ	lapatinib	Fase II	Kohorte A: RR 1 % SD 33 % Kohorte B: RR 0 % SD 11 %
Toi (70)	MBC Tidligere antracyklin, taxan, trastuzumab	lapatinib	Fase II	Kohorte A: RR 24 % SD 20 %

	Kohorte A: n = 45, HER2-positiv Kohorte B: n = 22, HER2-negativ			Kohorte B: RR 5 % SD 14 %
Cameron (71)	MBC Tidligere antracyclin, taxan, trastuzumab HER2-positiv n = 201/198	lapatinib + capecitabin capecitabin	Fase III	RR 24 % vs. 14 % TTP 6 vs. 4 måneder
Di Leo (72)	LABC/MBC Første linie Kohorte A: n = 52/39, HER2-positiv Kohorte B: n = 199/202	lapatinib + paclitaxel paclitaxel	Fase III	Kohorte A: RR 60 % vs. 36 % TTP 8 vs. 6 måneder Kohorte B: RR 31 % vs. 24 % TTP 6 vs. 5 måneder
Lin (73)	Refraktær, hjernemetastaser n = 39	lapatinib	Fase II	RR 3 % (hjernemetastaser)
Metro (74)	Hjernemetastaser n = 30	lapatinib + capecitabin	Fase II	RR 32 % TTP 6 måneder

LABC = locally advanced breast cancer; MBC = metastatic breast cancer; RR = responsrate; SD = stabil sygdom; TTP = tid til progression

- **Patienter med HER2 positiv sygdom og hjernemetastaser kan tilbydes lapatinib og capecitabin såfremt deres almentilstand tillader dette og behandlingen ikke er givet tidligere**
- **Patienter med HER2 positiv sygdom og hjernemetastaser, som tidligere har modtaget lapatinib, kan tilbydes trastuzumab evt. i kombination med kemoterapi såfremt deres almentilstand tillader dette**

HER2 targeteret behandling hos patienter med HER2 positiv sygdom og hjernemetastaser

En stor del af patienter med HER2-positiv MBC, som bliver behandlet med trastuzumab udvikler symptomatiske metastaser i hjernen (76,77). Data indikerer, at lapatinib passerer blod-hjerne barrieren (78). Resultater fra et fase II forsøg med lapatinib hos 39 patienter med HER2-positiv brystkræft og metastaser i hjernen påviste 1 partielt respons (RR 3%). Syv patienter var progressionsfri i både CNS og perifert efter 16 uger. Undersøgelsen viste således ikke den forventede aktivitet (73). Et nyligt publiceret studium har vist 32 % RR og 27 % stable disease (SD) efter behandling med lapatinib og capecitabin hos 30 patienter (tidligere behandlet med trastuzumab) med hjernemetastaser fra HER2-positiv brystkræft. Overlevelse uden progression i hjernen var 6 måneder og OS var 28 måneder (74).

Der foreligger en undersøgelse der tyder på at capecitabin passerer blod-hjerne barrieren (79). Retrospektive undersøgelser har vist øget TTP og OS hos HER2 positive patienter med hjernemetastaser efter behandling med trastuzumab (80,81). "Undersøgelserne" inkluderer patienter, der ikke tidligere har modtaget trastuzumab, og virkningen forklares ved at trastuzumab især har effekt på patienternes perifere sygdom.

- **Postmenopausale patienter med hormon-receptor positiv, HER2 positiv tumor som ikke tåler kemoterapi kan anbefales HER2 targeteret terapi i kombination med aromatasehæmmer**
- **Såfremt patienter tåler lapatinib og letrozol bør denne kombination foretrækkes (især i tilfælde af forudgående adjuverende behandling med trastuzumab)**

HER2 targeteret behandling i kombination med antihormonel behandling

Undersøgelser har vist signifikant negativ korrelation mellem tilstedeværelsen af HER2 og hormon-receptorer (østrogen og/eller progesteron). Overekspression af HER2 har således været forbundet med præklinisk og klinisk resistens over for anti-hormonbehandling. Desuden er der betydelig præklinisk evidens for en interaktion mellem østrogen-receptoren og HER2 receptorens signalveje (cross talk) (82). Resultater fra et fase III studium har vist begrænset effekt af endokrin behandling i denne population. Trastuzumab i kombination med anastrozol sammenlignet med anastrozol alene som 1. linie endokrin behandling for HER2-positiv hormon-receptor positiv cancer mammae viste øget TTP (5 vs. 2 måneder) og øget clinical benefit rate (43 % vs. 28 %) (83). En fase III undersøgelse af lapatinib + letrozol versus letrozol plus placebo som 1. linie behandling til for HER2-positiv hormon-receptor positiv metastatisk cancer mammae (n = 219) viste signifikant øget median TTP (8 vs. 3 måneder) og øget clinical benefit rate (48 % vs. 29 %) (84). Ikke desto mindre synes kombination af trastuzumab/lapatinib og endokrin behandling at have ringere effekt end HER2 targeteret behandling og kemoterapi (85).

18.3.7 Behandling med angiogenesehæmmer.

Bevacizumab er et rekombinant humaniseret monoklonalt antistof, der binder sig til VEGF og forhindrer denne i at binde sig til receptoren (85,86). Den antineoplastiske aktivitet af bevacizumab som monoterapi er beskeden (87). En fase III undersøgelse af patienter med metastatisk brystkræft (tidligere behandlet med taxan og antracyclin) har været skuffende, idet kombination af bevacizumab og capecitabin ikke viste øget tid til progression (TTP) (4,8 vs. 4,2 måneder) eller overall survival (OS) (15,1 vs. 14,5 måneder), til trods for en fordobling af responcedate (RR) ved kombinationen sammenlignet med capecitabin monoterapi (19,8 vs. 9,1 %) (88,89).

Et fase III forsøg (E2100) med 722 patienter (90 % HER2-negative), som blev randomiseret til 1. linie behandling med paclitaxel eller paclitaxel i kombination med bevacizumab har vist øget RR (21,2 vs. 36,9 %, $p < 0,001$) og en fordobling i median TTP (5,9 vs. 11,8 måneder, $p < 0,001$) (90). Resultaterne er for nylig blevet bekræftet i en uafhængig undersøgelse (91). OS var dog den samme i de to grupper (median 25,2 og 26,7 måneder, $p = 0,16$). Et fase III studium (AVADO), der inkluderede 736 patienter, som blev randomiseret til 1. linie behandling med docetaxel + placebo, docetaxel + bevacizumab (7,5 mg/kg) eller docetaxel + bevacizumab (15 mg/kg), er for

nyligt blevet rapporteret. Foreløbige resultater har vist signifikant øget RR (44,4 vs. 55,2 vs. 63,1 %) og TTP (8,0, 8,7 og 8,8 måneder), selv om gevinsten tilsyneladende var mindre end ved bevacizumab kombineret med ugentlig paclitaxel (92). OS er endnu ikke blevet rapporteret, men et års overlevelsesraten var ens i de tre grupper.

Fase III-forsøget RIBBON-1 evaluerede effekten og sikkerheden af 1. linie kemoterapi (antracyclin-baseret, taxan eller capecitabin) med eller uden bevacizumab. Blandt 1.237 patienter viste kombinationsterapi med bevacizumab plus capecitabin, taxan eller antracyclin-baseret kemoterapi en statistisk signifikant forbedret RR og TTP (foreløbige resultater). Imidlertid fandtes ingen væsentlig øgning af OS (93). Selv om disse forsøg har vist betydelig øgede RR og TTP, har resultaterne til dato ikke vist øget OS. Der foreligger således på indeværende tidspunkt ikke tilstrækkelige data til at anbefale brugen af bevacizumab udenfor kliniske forsøg.

18.3.8 Knoglemetastaser

Antiresorptiv behandling

- **Patienter med knoglemetastaser behandles med antiresorptive midler i form af bisfosfonater i tillæg til den antineoplastiske behandling.**

Knogler er den hyppigste metastaselokalisation for cancer mammae. Således er knoglemetastaser første lokalisation i ca. 40 % af tilfældene og ca. 80 % af alle patienter med dissemineret brystkræft udvikler knoglemetastaser i løbet af sygdommen (94). Knoglemetastaserne er hyppigst lokaliseret til columna, pelvis og de proksimale dele af de store rørknogler.

Patienter med knoglemetastaser har betydelig risiko for at udvikle yderligere komplikationer i form af:

- Smerter. Svære smerter er beskrevet hos 50 - 90 % af patienter med knoglemetastaser (95)
- Frakturer med en hyppighed på 7,8 %
- Hypercalcæmi, med en hyppighed på 10,2 %
- Medullært tværsnits syndrom (MTS), med en hyppighed på 8,5 %

Hyppigheden af frakturer, hypercalcæmi og MTS er baseret på et retrospektivt studium fra før patienterne rutinemæssigt blev behandlet med bisfosfonater (96).

Behandlingen kan omfatte antineoplastisk behandling, antiresorptiv behandling og lokalbehandling i form af strålebehandling eller kirurgisk intervention. Den antiresorptive behandling retter sig mod at mindske den metastatisk betingede øgede osteoklastaktivitet. Indtil for nylig er dette udelukkende sket ved brug af bisfosfonater, som hæmmer osteoklastaktiviteten.

Effekten af bisfosfonatbehandling er dels en reduktion i antallet af nye knoglekomplikationer, dels en smertelindring. I et Cochrane review fra 2007 konkluderede man, at der foreligger level 1 evidens for brugen af

bisfosfonater i forhold til at reducere antallet af nye knoglekomplikationer og øge tiden til næste komplikation, mens smertelindring først ses efter længere tids behandling (97).

Der foreligger kun få studier, der har sammenlignet effekten af de enkelte bisfosfonater. I en randomiseret undersøgelse, hvor man sammenlignede iv pamidronat og iv. zolendronat, fandt man således en længere tid til næste komplikation ved zolendronatbehandling.

Man har fundet smertelindring af samme størrelsesorden ved brug af iv og per oral ibandronat. I et tysk observationsstudium fandt man, at 70 % af patienterne oplevede smertereduktion under ibandronat behandling, uafhængig af administrationsformen (98)

I alle de foreliggende studier af iv behandling er der anvendt behandling hver 3. eller 4. uge afhængig af, hvordan den antineoplastiske behandling blev givet (97).

Behandling kan ske enten som iv behandling med zolendronat 4 mg eller ibandronat 5 mg hver 3. – 4. uge eller som per oral behandling med tbl. ibandronat 50 mg dagligt (99,100).

Ved hypocalcæmi suppleres behandlingen med calcium og D-vitamin (101).

Behandlingslængde

- **Behandling med bisfosfonater forsættes til patientens tilstand forværres signifikant.**

I de fleste studier er der behandlet i 2 – 4 år, men der foreligger ingen studier der specifikt adresserer behandlingslængden. I ASCO guidelines anbefaler man således at bisfosfonat behandlingen forsættes til patientens tilstand forværres signifikant (102).

Bivirkninger

Behandling med bisfosfonater har vanligvis få bivirkninger. Ved iv brug er der hyppigst tale om influenzalignende symptomer, knogle og muskelsmerter, ved per oral brug ses primært gastritsymptomer (97).

- **På grund af risikoen for osteonekrose i kæben, bør patientens mundhule inspiceres og eventuelle infektiøse foci saneres inden opstart af bisfosfonat behandling**

En alvorlig bivirkning i form af osteonekrose af kæben (oftest i mandiblen) ses hos under 1 %. Risikofaktorer for at udvikle osteonekrose synes at være: tilstedeværelsen af blottet knogle i mundhulen, pågående rodbetændelse og kirurgiske indgreb i mundhulen (103). Derfor bør mundhulen inspiceres før start af bisfosfonatbehandling. I tilfælde af tandproblemer bør patienten henvises til egen tandlæge med henblik på sanering, før behandling med bisfosfonat iværksættes.

Såfremt der optræder tegn på osteonekrose skal patienten henvises til specialtandlæge/kæbekirurgisk afdeling til vurdering. Der foreligger ingen evidens for, hvorvidt bisfosfonat behandlingen bør ophøre i denne situation. Beslutning om eventuel forsat behandling bør tages i samarbejde med den kæbekirurgiske afdeling.

Referencer

1. Bristow AR, Agrawal A, Evans AJ et al. Can computerised tomography replace bone scintigraphy in detecting bone metastases from breast cancer? A prospective study. *The Breast*, 17:100-105, 2008
2. Altenhoefer C, Ghanem N, Högerle S et al, Comparative detectability of bone metastases and impact on therapy of magnetic resonance imaging and bone scintigraphy in patients with breast cancer. *European Jour Radiology*, 40:16-23, 2001.
3. Jones RL, Swanton C, Ewer MS, Anthracycline cardiotoxicity, *Expert Opinion Drug Safety*. 5(6): 791-805, 2008.
4. Costelloe CM, Rohrer EM, Madewell JE et al, Imaging bone metastases in breast cancer: techniques and recommendations for diagnosis, *Lancet Oncology*, 10:606-614, 2009.
5. Edgerton, S. M., Moore, D., Merkel, D., and Thor, A. D. erbB-2 (HER2) and breast cancer progression. *Appl. Immunohistochem. Mol. Morphol.*, 11: 214-221, 2003.
6. Gutierrez, M. C., Detre, S., Johnston, S., Mohsin, S. K., Shou, J., Allred, D. C., Schiff, R., Osborne, C. K., and Dowsett, M. Molecular Changes in Tamoxifen-Resistant Breast Cancer: Relationship Between Estrogen Receptor, HER2, and p38 Mitogen-Activated Protein Kinase. *J Clin Oncol*, 23: 2469-2476, 2005.
7. Johnston, S. R., Sacconi-Jotti, G., Smith, I. E., Salter, J., Newby, J., Coppen, M., Ebbs, S. R., and Dowsett, M. Changes in estrogen receptor, progesterone receptor, and pS2 expression in tamoxifen-resistant human breast cancer. *Cancer Res*, 55: 3331-3338, 1995.
8. Kuukasjarvi, T., Kononen, J., Helin, H., Holli, K., and Isola, J. Loss of estrogen receptor in recurrent breast cancer is associated with poor response to endocrine therapy. *J Clin Oncol*, 14: 2584-2589, 1996.
9. Regitnig, P., Schippinger, W., Lindbauer, M., Samonigg, H., and Lax, S. F. Change of HER2/neu status in a subset of distant metastases from breast carcinomas. *J Pathol.*, 203: 918-926, 2004.
10. Zidan, J., Dashkovskiy, I., Stayerman, C., Basher, W., Cozacov, C., and Hadary, A. Comparison of HER2 overexpression in primary breast

- cancer and metastatic sites and its effect on biological targeting therapy of metastatic disease. *Br. J Cancer*, 93: 552-556, 2005.
11. Smigal C, Jemal A, Ward E et al. Trends in breast cancer by race and ethnicity: Update 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 168-183.
 12. Brewster AM, Hortobagyl GN, Broglio KR et al. Residual risk of breast cancer Recurrence 5 years after adjuvant therapy. *J Natl Cancer Inst.* 2008; 100:1179-1183
 13. Wilcken N, Dear R, Chemotherapy in metastatic breast cancer: A summery of all randomised trials reported 2000 – 2007, *European Jour Cancer* 44:2218-2225, 2008.
 14. Solomayer EF, Diel IJ, Meyberg GC et al. Metastatic breast cancer: clinical course, prognosis and therapy related to the first site of metastasis. *Breast Cancer Research Treat* 59:271-278, 2000
 15. Ravdin PM. Reflections on the development of resistance during therapy for advanced breast cancer. Implications of high levels of activity of docetaxel in anthracycline-resistant breast cancer patients. *Eur J Cancer.*;33 Suppl 7:S7-10: 1997.
 16. Yonemori K, Katsumata N, Uno H, et al. Efficacy of weekly paclitaxel in patients with docetaxel-resistant metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 89(3): 237-41;2005
 17. Nabholz J-M, Falkson C, Campas D et al, Docetaxel and Doxorubicin compared with Doxorubicin and Cyclophosphamide as first-line chemotherapy for metastatic breast cancer: Results of a randomized, multicenter, phase III trial. *J Clin Oncol* 21:968-975, 2003.
 18. Cardoso F, Di Leo A, Lohrisch C et al, Second and subsequent lines of chemotherapy for metastatic breast cancer: what did we learn in the last two decades. *Ann of oncology*, 13:197-207, 2002.
 19. Cardoso F, Bedard PL, Winer EP et al. International Guidelines for management of metastatic breast cancer: Combination vs. sequential single-agent chemotherapy. *JNCI* 17:1174-1181, 2009.
 20. Mouridsen H, Gershonovich M, Sun Y et al. Phase III study of Letrozole versus Tamoxifen as first-line therapy of advanced breast cancer in postmenopausal women: Analysis of survival and update of efficacy from the International Letrozole Breast Cancer Group. *J Clin Oncol* 21:2101-2109, 2003
 21. Bonnetterre J, Buzdar A, Nabholz J-MA et al. Anastrozole is superior to Tamoxifen as first line therapy in hormone receptor positive advanced breast cancer. Results from two randomized trials designed for combined analysis. *Cancer* 2001;92:2247-58

22. Paridaens RJ, Dirix LY, Beex LV et al. Phase III study comparing Examestane with Tamoxifen as first-line hormonal treatment of metastatic breast cancer in postmenopausal women: The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Breast Cancer Cooperative Group. *Jour Clin Oncol* 26:4883-4890.
23. Gibson L, Lawrence D, Dawson C, Bliss J. Aromatase inhibitors for treatment of advanced breast cancer in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.:CD003370.
24. Howell A, Robertson JFR, Abram P et al. Comparison of fulvestrant v tamoxifen for the treatment of advanced breast cancer in postmenopausal women previously untreated with endocrine therapy: a multinational, double-blind, randomised trial. *J Clin Oncol* 1;22(9):1605-132003, 2004.
25. Robertson JFR, Llombart-Cussac A, Rolski J et al. Activity of Fulvestrant 500 mg versus Anastrozole 1 mg as first-line treatment for advanced breast cancer: Results from the FIRST study. *J Clin Oncol* 27:4530-4535, 2009
26. Di Leo A, Jerusalem G, Petruzelle L et al. Results of the CONFIRM phase III trial comparing fulvestrant 250 mg with fulvestrant 500 mg in postmenopausal women with estrogen receptor-positive advanced breast cancer. *J Clin Oncol* 20;28(30):4594-600, 2010.
27. Rose C, Vtoraya O, Pluzanska A et al. An open randomised trial of second-line endocrine therapy in advanced breast cancer: comparison of the aromatase inhibitors Letrozole and Anastrozole. *European Journal of Cancer* 29:2318-2327, 2003.
28. Mauriac L, Pippin JE, Quaresma J et al. Fulvestrant (Faslodex™) versus Anastrozole for the second-line treatment of advanced breast cancer in subgroups of postmenopausal women with visceral and non-visceral metastases: combined results from two multicenter trials. *European Journal of Cancer* 39:1228-1233, 2003.
29. Mauriac L, Romieu G, Bines J: Activity of Fulvestrant versus examestan in advanced breast cancer patients with or without visceral metastases: data from the EFFECT trial. *Breast Cancer Res Treat* 117:69-75, 2009.
30. Bartsch R, Mlineritsch B, Gnant M et al. The Austrian Fulvestrant registry: Results from a prospective observation of fulvestrant in postmenopausal patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 115:373-380, 2009.
31. Vergote I, Robertson JFR, Kleeberg U et al. Postmenopausal women who progress on Fulvestrant (Faslodex™) remain sensitive to further

- endocrine therapy. Breast Cancer Research and Treatment 79:202-211, 2003.
32. Klijn JGM, Beex LVAM, Mauriac L et al. Combined treatment with Buserelin and Tamoxifen in premenopausal metastatic breast cancer: A randomized study. Journal of National Cancer Institute 92:903-211, 2000.
 33. O'Shaughnessy J, Miles D, Vukelja S et al. Superior survival with capecitabine plus docetaxel combination therapy in atracycline-pretreated patients with advanced breast cancer: phase III trial results. J Clin Oncol 2002; 20: 2812-2823.
 34. Albain KS, Nag S, Calderillo-Ruiz et al. Gemcitabine plus paclitaxel versus paclitaxel monoterapi in patients with metastatic breast cancer and prior antracycline treatment: Final results of a global phase III study. J Clin Oncol 2008; 26: 3950-3957.
 35. Nielsen DL, Langkjer ST, Møller S, Cold S, Stenbygaard L, Sørensen PG, Kamby C. Gemcitabine pluds docetaxel in patients with HER2-negative locally advanved or metastatic breast cancer; a randomized phase III study. J Clin Oncol 27:15s,2009 (suppl; abstr 1015)
 36. NCCN Breast Cancer Panel Members, version: v. 1.2009 NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Breast Cancer V.2.08; (http://www.nccn.org/professionals/physician_gis/PDF/breast.pdf) (1 February 2009, date last accessed).
 37. Ghersi D, Wilcken N, Simes RJ, A systematic review of taxane-containing Regimens for metastatic breast cancer. Br J Cancer 2005; 93: 293-301.
 38. Seidman AD, Berry D, Cirrincione C et al. Randomized phase III trial of weekly compared with every-3 weeks paclitaxel for metastatic breast cancer, with trastuzumab for all HER2 overexpressors and random assignment to trastuzumab or not in HER2 non-overexpressors: final results of Cancer and Leukemia Croup B protocol 9840. J Clin Oncol 2008; 26: 1642-1649.
 39. Willemse PH, Munck L, Creemers GJ et al. A phase III study on the efficacy and safety of docetaxel, every three weeks or as a weekly regimen in patients with metastatic breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2007; 106: (Abstr 1083).
 40. Jones SE, Erban J, Overmoyer B et al. Randomized phase III study of docetaxel Compared with paclitaxel in metastatic breast cancer. J Clin Oncol 2005; 23: 5542-5551.

41. Overmoyer B. Options for the treatment of patients with taxane-refractory Metastatic breast cancer. *Clin Breast Cancer* 2008; 8 (Suppl 2): S61-S70.
42. Ershler WB. Capecitabine monotherapy: safe and effective treatment for Metastatic breast cancer. *Oncologisk* 2006; 11: 325-335.
43. Bajetta E, Procopio G, Celio L et al. Safty and efficacy of two different doses of Capecitabine in the treatment of advanced breast cancer in older women. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2155-2161.
44. Yap YS, Kendall A, Walsh G, et al. Clinical efficacy of capetitabine as first-line treatment in metastatic breast cancer – how low can you go? *Breast*. 2007 Aug;16(4):420-4.
45. Oshaughnessy JA, Blum J, Moiseyenko V et al. Randomized, open-label, phase II trial of oral capacitabine (Xeloda) vs.. a reference arm of intravenous CMF (cyclophosphamide, methotrexate and 5-flourouracil) as first-line therapy for Advanced/metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2001; 12: 1247-1254.
46. Piccart-Gebhart MJ, Burzykowski T, Buyse M et al. Taxanes alone or in combination with anthracyclines as first-line therapy of patients with metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 1980-1986.
47. Ryberg M, Nielsen D, Cortese G et al. New insight into Epirubicin cardiac toxicity: competing risks analysis of 1097 breast cancer patients. *Jour. National Cancer institute* 100:1058-1067, 2008
48. Langkjer ST, Ejlertsen B, Mouridsen H et al. Vinorelbine as first-line or second-Line therapy for advanced breast cancer: a phase II-II trial by the Danish Breast Cancer Co-operative Group. *Acta Oncol* 2008; 47: 735-739.
49. Dufresne A, Pivot X, Tournigand C et al. Impact of chemotherapy beyond the first line in patients with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 107:275-279, 2008.
50. Cobleigh MA, Vogel CL, Tripathy D, et al. Multinational study of the efficacy and safety of humanized anti-HER2 monoclonal antibody in women who have HER2-overexpressing metastatic breast cancer that has progressed after chemotherapy for metastatic disease. *J Clin Oncol* 1999;17(9):2639–48.
51. Vogel CL, Cobleigh MA, Tripathy D, et al. Efficacy and safety of trastuzumab as a single agent in first-line treatment of HER2-overexpressing metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 2002;20(3):719–26.
52. Bontenbal M, Seynaeve C, Stouthard J, et al. Randomized study comparing efficacy/toxicity of monotherapy trastuzumab followed by

- monotherapy docetaxel at progression, and combination trastuzumab/docetaxel as first-line chemotherapy in HER2-neu positive, metastatic breast cancer (MBC) (HERTAX study). *J Clin Oncol* 2008;26(May 20 Suppl): [abstract 1014].
53. Gunter von Minckwitz, Andreas du Bois, Marcus Schmidt et al. Trastuzumab Beyond Progression in Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Positive Advanced Breast Cancer: A German Breast Group 26/Breast International Group 03-05 Study *Clin Oncol* 27:1999-2006. 2009
 54. Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, et al. Use of chemotherapy plus monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2. *N Engl J Med* 2001;344(11):783–92.
 55. Marty M, Cognetti F, Maraninchi D, et al. Randomized phase II trial of the efficacy and safety of trastuzumab combined with docetaxel in patients with human epidermal growth factor receptor 2-positive metastatic breast cancer administered as first-line treatment: the M77001 study group. *J Clin Oncol* 2005;23(19):4265–74.
 56. Gasparini G, Gion M, Mariani L, et al. Randomized phase II trial of weekly paclitaxel alone versus trastuzumab plus weekly paclitaxel as first-line therapy of patients with HER2 positive advanced breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2007, 101(3):355-365.
 57. Robert N, Leyland-Jones B, Asmar L, Belt R, Ilegbodun D, Loesch D, Raju R, Valentine E, Sayre R, Cobleigh M, Albain K, McCullough C, Fuchs L, Slamon D. Randomized phase III study of trastuzumab, paclitaxel, and carboplatin compared with trastuzumab and paclitaxel in women with HER2 overexpressing metastatic breast cancer: an update including survival. *J Clin Oncol* 2006, 24(18):2786-2792.
 58. Burstein HJ, Keshaviah A, Baron AD, Hart RD, Lambert-Falls R, Marcom PK, Gelman R, Winer EP. Trastuzumab plus vinorelbine or taxane chemotherapy for HER2-overexpressing metastatic breast cancer: the trastuzumab and vinorelbine or taxane study. *Cancer* 2007, 110(5):965-972.
 59. Wardley AM, Pivot X, Morales-Vasquez F, Zetina LM, de Fátima Dias Gaudi M, Reyes DO, Jassem J, Barton C, Button P, Hersberger V, Torres AA. Randomized phase II trial of first-line trastuzumab plus docetaxel and capecitabine compared with trastuzumab plus docetaxel in HER2-positive metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 2010, 28(6):976-983.
 60. Valero V, Forbes J, Pegram MD, et al. Multicenter Phase III Randomized Trial Comparing Docetaxel and Trastuzumab With Docetaxel, Carboplatin, and Trastuzumab As First-Line Chemotherapy for Patients With HER2-Gene-Amplified Metastatic Breast Cancer (BCIRG 007

Study): Two Highly Active Therapeutic Regimens. *J Clin Oncol* 2010 Nov 29. [Epub ahead of print]

61. Andersson M, Lidbrink E, Bjerre K et al: "A randomised phase III study comparing docetaxel plus trastuzumab with vinorelbine plus trastuzumab as first line therapy of metastatic or locally advanced HER2-positive breast cancer – the HERNATA study". *J Clin Oncol* 2011 Jan 20;29(3):264-71
62. Tripathy D, Slamon DJ, Cobleigh M, et al. Safety of treatment of metastatic breast cancer with trastuzumab beyond disease progression. *J Clin Oncol* 2004;22(6):1063–70.
63. Montemurro F, Donadio M, Minischetti M, et al. Continuation of trastuzumab beyond disease progression. *J Clin Oncol* 2005;23(12):2866–8.
64. Nielsen DL, Andersson M, Kamby C. HER2-targeted therapy in breast cancer. Monoclonal antibodies and tyrosine kinase inhibitors. *Cancer Treat Rev* 2009; 35(2):121-36.
65. Pritchard KI, Shepherd LE, O'Malley FP, Andrulis IL, Tu D, Bramwell VH, Levine MN. HER2 and responsiveness of breast cancer to adjuvant chemotherapy. *N Engl Med* 2006; 354(2): 2103-11.
66. Di Leo A, Isola J, Piette F, Ejlertsen B, Pritchard KI, Bartlett JMS, Desmedt C, Larsimont D, Tanner M, Mouridsen H, O'Malley FP, Twelves C, Cardoso F, Poole CJ, Piccart MJ, Buyse ME. A meta-analysis of phase III trials evaluating the predictive value of HER2 and topoisomerase II alpha in early breast cancer patients treated with CMF or anthracycline-based adjuvant chemotherapy. *Cancer Res* 2009; 69(suppl 2): 99S. Abstract 705.
67. Suter TM, Cook-Bruns N, Barton C. Cardiotoxicity associated with trastuzumab (Herceptin) therapy in the treatment of metastatic breast cancer. *Breast* 2004;13(3):173–83.
68. Gomez HL, Chavez MA, Doval DC, et al. Results from a phase II randomized study of lapatinib as first-line treatment for patients with HER2-amplified locally advanced or metastatic breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2006;100: [abstract 1090].
69. Burstein HJ, Storniolo AM, Franco S, et al. A phase II study of lapatinib monotherapy in chemotherapy-refractory HER2-positive and HER2-negative advanced or metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2008;19(6):1068–74.
70. Toi M, Iwata H, Fujiwara Y, et al. Lapatinib monotherapy in patients with relapsed, advanced, or metastatic breast cancer: efficacy, safety, and biomarker results from Japanese patients phase II studiums. *Br J*

- Cancer 2009 oct. 20 epub ahead of print. *Oncologist*. 2010;15(9):924-34. Epub 2010 Aug 24.
71. Cameron D, Casey M, Oliva C, Newstat B, Imwalle B, Geyer CE. Lapatinib plus capecitabine in women with HER2-positive advanced breast cancer: final survival analysis of a phase III randomized trial. *Oncologist*. 2010;15(9):924-34.
 72. Di Leo A, Gomez HL, Aziz Z, et al. Phase III, double-blind, randomized study comparing lapatinib plus paclitaxel with placebo plus paclitaxel as first-line treatment for metastatic breast cancer. *J Clin Oncol*. 2008 Dec 1;26(34):5544-52.
 73. Lin NU, Carey LA, Liu MC, et al. Phase II trial of lapatinib for brain metastases in patients with human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer. *J Clin Oncol* 2008;26(12):1993–9.
 74. Metro G, Foglietta J, Russillo M, et al. Clinical outcome of patients with brain metastases from HER2-positive breast cancer treated with lapatinib and capecitabine. *Ann Oncol*. 2010 Aug 19. [Epub ahead of print]
 75. Perez EA, Byrne JA, Hammond IW, et al. Results of an analysis of cardiac function in 2,812 patients treated with lapatinib. *J Clin Oncol 2006 Ann Meet Proc Part I* 2006;24(S18): [abstract 583].
 76. Clayton AJ, Danson S, Lolly S, Ryder WD, Burt PA, Stewart AL, Wilkinson PM, Welch RS, Magee B, Wilson G, Howell A, Wardley AM. Incidence of cerebral metastases in patients treated with trastuzumab for metastatic breast cancer. *Br J Cancer* 2004, 91(4):639-643.
 77. Montagna E, Canello G, D'Agostino D, Lauria R, Forestieri V, Esposito A, Silvestro L, Accurso A, De Placido S, De Laurentiis M. Central nervous system metastases in a cohort of metastatic breast cancer patients treated with trastuzumab. *Cancer Chemother Pharmacol* 2009, 63(2):275-280.
 78. Burris HA. Dual kinase inhibition in the treatment of breast cancer: initial experience with the EGFR/erbB-2 inhibitor lapatinib. *Oncologist* 2004;9(Suppl 3):10–5.
 79. Chargari C, Kirova YM, Diéras V, et al. Concurrent capecitabine and whole-brain radiotherapy for treatment of brain metastases in breast cancer patients. *J Neurooncol*. 2009 Jul;93(3):379-84.
 80. Leyland-Jones B. Human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer and central nervous system metastases. *J Clin Oncol* 2009, 27(31): 5278-5286.

81. Park YH, Park MJ, Ji SH, et al. Trastuzumab treatment improves brain metastasis outcomes through control and durable prolongation of systemic extracranial disease in HER2-overexpressing breast cancer. *Br J Cancer* 2009, 100(6): 894-900.
82. Shou J, Massarweh S, Osborne CK, et al. Mechanisms of tamoxifen resistance: increased estrogen receptor-HER2/neu cross-talk in ER/HER2-positive breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2004;96(12):926–35.
83. Kaufman B, Mackey JR, Clemens M, et al. Trastuzumab plus anastrozole versus anastrozole alone for the treatment of postmenopausal women with human epidermal growth factor receptor 2-positive, hormone receptor-positive metastatic breast cancer: results from the randomized phase III TAnDEM study. *J Clin Oncol* 2009;27: [ahead of print doi: 10.1200/JCO.2008.20.6847].
84. Johnston S, Pippin J Jr, Pivot X, Lichinitser M, Sadeghi S, Dieras V, Gomez HL, Romieu G, Manikhas A, Kennedy MJ, Press MF, Maltzman J, Florance A, O'Rourke L, Oliva C, Stein S, Pegram M.. Lapatinib combined with letrozole and placebo as first-line therapy for postmenopausal hormone receptor-positive metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 2009, 27(33): 5492-5494.
85. Prat A, Baselga J. The role of hormonal therapy in the management of hormonal-receptor-positive breast cancer with co-expression of HER2. *Nat Clin Prac Oncol* 2008;5(9):531–42.
86. Ferrara N, Hillan K, Gerber H-P, Novotny W. Discovery and development of bevacizumab, an anti VEGF antibody for treating cancer. *Nat Rev Drug Discov* 2004;3(5):391–8.
87. Health VL, Bicknell R. Anticancer strategies involving the vasculature. *Nat Rev Clin Oncol* 2009;6(7):395–404.
88. Cobleigh MA, Langmuir VK, Sledge GW, et al. A phase I/II dose-escalation trial of bevacizumab in previously treated metastatic breast cancer. *Semin Oncol* 2003;30(5 Suppl 16):117–24.
89. Miller KD, Chap LI, Holmes FA, et al. Randomized phase III trial of capecitabine compared with bevacizumab plus capecitabine in patients with previously treated metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(4):792–9.
90. Miller KD, Wang M, Gralow J, et al. Paclitaxel plus bevacizumab versus paclitaxel alone for metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2007;357(26):2666–76.
91. Klencke BJ, Bhattacharya S, Samant MK, et al. Independent review of E2100 progression-free survival (PFS) with the addition of bevacizumab

- (B) to paclitaxel (P) as initial chemotherapy for metastatic breast cancer (MBC). *J Clin Oncol* 2008;**26**(May 20 Suppl): [abstract 1036].
92. Miles DW, Chan A, Romieu G, et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled, phase III study of bevacizumab (BV) with docetaxel (D) or D with placebo (PL) as 1st-line therapy for patients with locally recurrent or metastatic breast cancer (mBC): AVADO. *J Clin Oncol* 2008;**26**(May 20 Suppl): [abstract 1011].
 93. Robert N, Dieras V, Glaspy J, et al. RIBBON-1: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab for first-line treatment of HER2-negative locally recurrent or metastatic breast cancer. *J Clin Oncol* 2009;**27**(15S): [abstract 1005].
 94. Coleman R. Potential use of bisphosphonates in the prevention of metastases in early stage breast cancer. *Clin Breast Cancer* 7:supl 29-25, 2001.
 95. Coleman RE. Metastatic bone disease: clinical features, pathophysiology and treatment strategies. *Cancer Treatment Reviews* 27:165-176, 2001.
 96. Domchek SM, Younger J, Finkelstein DM, Seiden MV. Predictors of skeletal complications in patients with metastatic breast carcinoma. *Cancer* 89:36368, 2000
 97. Pavlakakis N, Schmidt RL, Stockler M. Bisphosphonates for breast cancer. *The Cochrane Database for Systematic reviews* 2005, Issue 3. Art No.:CD003474.pub2.
 98. Nusch A, Seraphin J, Meden H, Schütz F. Pain reduction with ibandronate is achieved regardless of prior bisphosphonates treatment. *Abstact, SABBC* 2006.
 99. Beslijla S, Bonnetterre J, Burstein HJ et al. Third consensus on medical treatment of metastatic breast cancer. *Annals of oncology*, 11:1771-1785, 2009.
 100. Coleman R, Gnant M. New results from the use of bisphosphonates in cancer patients. *Current opinion Supp. Palliat Care* 213-218, 2009.
 101. Wang-gillam A, Miles DA, Hutchins LF. Evaluation of vitamin D deficiency in breast cancer patients on bisphosphonates. *The Oncologist* 13:821-827, 2008.
 102. Hillner BE, Ingle JN, Chlebowski RT et al. American Society of Clinical Oncology 2003 update on the role of bisphosphonates and bone health issues in women with breast cancer. *Jour Clin Oncol* 21:4042-4057, 2003.

103. Cavanna L, Berté R, Arcari A et al. Osteonecrosis of the jaw. A newly emerging site-specific osseous pathology in patients with cancer treated with bisphosphonates. Reports of five cases and review of the literature. *European Journal of Internal medicine* 18:417-422, 2007.
104. Falkmer U, Järhult J, Wersäll P, Cavallin-Ståhl E. A systematic overview of radiation therapy effects in skeletal metastases. *Acta Oncologica* 42:620-633, 2003.
105. Jensen AB, Kamby C, Hansen B, Keller J. Knoglemetastaser. *Ugeskr Laeger*, 29:3753-3756, 2007.
106. Wedin R, Bauer HCF, Rutqvist L-E. Surgical treatment for skeletal breast cancer metastases. *Cancer* 92:257-262