

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGIE

Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie

**ACO-Meeting 2010 in Chicago:
Schwerpunkt Mammakarzinom**

Fitzal F

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2010; 8 (3), 64-66

Interdisziplinäre Onkologie 2010;

2 (3), 64-66

Homepage:

www.kup.at/acoasso

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

ASCO-Meeting 2010 in Chicago: Schwerpunkt Mammakarzinom

F. Fitzal

Abteilung für Allgemein Chirurgie, Brustgesundheitszentrum, Medizinische Universität Wien

■ Neoadjuvante Therapie

Abstract #500: Geicam 2006-03 EC-T vs. Exemestan ± Goserelin

Eine spanische Studie untersuchte in rezeptorpositiven prä- und postmenopausalen Patientinnen den Unterschied zwischen endokriner und Chemotherapie (CT). Prämenopausale Patientinnen erhielten zu Exemestan noch Goserelin über 6 Monate. Der primäre Endpunkt war das rezidivfreie Überleben. Insgesamt wurden je Gruppe 42 Patientinnen analysiert. Die klinische Ansprechrate lag bei 13 % vs. 6 % (CT vs. Hormontherapie) und die BCT bei 65 % vs. 51 %. Prädiktiv für das Ansprechen auf die CT waren ein KI67 > 10 % sowie ein prämenopausaler Status.

Abstract #501: Gepoolte Analyse der GeparX- und AGO-Studien

Bei knapp 3000 Patientinnen wurde durch Subgruppenanalyse die Frage gestellt, wie lange, mit welchem Regime und welcher Dosierung therapiert werden soll. Multivariat war der Einsatz von Anthrazyklinen, Taxan und Capecitabin, mehr als 4 Zyklen und die Verwendung von Herceptin signifikant mit der pCR korrelierend. Für rezeptorpositive Patientinnen dürften mehr Zyklen wichtig sein. Tastuzumab kombiniert mit Chemotherapie wirkte besonders in der Gruppe der hormonrezeptornegativen.

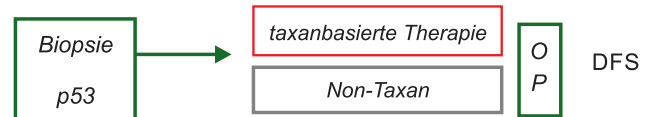
Abstract #502: Taxan Mono vs. Anthracyclin Mono

Martin et al. verglichen den Einsatz zweier Monosubstanzen (ADM vs. DOC; n = 204) als neoadjuvante Therapie, wobei die Gruppen nach der Operation das jeweils andere Medikament als adjuvante Therapie erhielten. Primärer Endpunkt war das residuale „tumor burden“ (RCB-Score). Als sekundärer Parameter diente die pCR. Die Autoren haben zusätzlich Topo2a und Genexpression (OncotypeDX) analysiert. Zwischen den beiden Substanzen gab es keinen Unterschied im Ansprechen auf die Chemotherapie. Eine hohe Topo-Expression von > 20 % war prädiktiv für ein schlechtes Ansprechen auf das ADM, aber nicht auf DOC. Er-Status, Tumorgöße und Topo waren multivariat prädiktiv für das Ansprechen insgesamt. Innerhalb der unterschiedlichen Genexpressions-typen zeigte sich kein Unterschied im Ansprechen. Lediglich die 3-fach Negativen zeigten ein signifikant besseres Ansprechen mit DOC. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass 50 % der 3-fach Negativen Topo2a hoch exprimierten.

Abstract #503: Prädiktion von p53 für Taxan-basierte Therapie

Die Autoren haben aus der Biopsie p53 gemessen und mittels RNA-Analyse nach Flaman (1995) PNAS in Tumoren mit > 20 % Tumorgewebe beschrieben. Taxan wurde mit Epirubi-

cin kombiniert. P53 konnte nicht als prädiktiver Marker dargestellt werden für DFS, auch nicht für pCR ($p = 0,17$; HR: 0,84 [0,63–1,14]).



■ Neue Biologicals

Abstract #3002: PARP-Inhibitor in Brust- und Ovarialkarzinom

Diese Arbeit zeigt die Ansprechrate in metastasierten Frauen mit Ovarial- oder Brustkrebs, welche zum Teil BRCA-positiv waren. Das Ovarialkarzinom hat in BRCA-positiven Frauen zu 40 % und in BRCA-negativen Frauen zu 20 % angesprochen, wobei das Mammakarzinom gar nicht angesprochen hat.

Kommentar: PARP ist ein Enzym, welches DNA-Schädigung repariert und somit der Chemotherapie entgegenwirken soll. Die Hemmung dieses Enzyms sollte damit Chemotherapieresistenz reduzieren, vor allem in BRCA-mutierten Menschen.

Abstract #4507: Denosumab vs. Zoledronsäure im Prostatakarzinom

Aufgrund unserer ABCSG-18-Studie möchte ich Ihnen die Ergebnisse dieser Studie nicht vorenthalten. In dieser ECOG-Studie konnte Denosumab bei metastasierten Prostatakarzinompatienten die Zeit zu „skeletal-related events“ um 3 Monate reduzieren ($p = 0,0002$ und HR 0,82).

■ Adjuvante Therapie

Abstract #504: Prognostische Signifikanz von IHC-positiven Zellen im Knochenmark (DTM) in nodal-negativen Mammakarzinompatientinnen (ACOSOG Z0010)

Diese Studie untersuchte die prognostische Signifikanz von positiven Knochenmarkszellen, also von disseminierten Tumorzellen auf die Prognose von nodal-negativen Patientinnen. 5210 wurden insgesamt untersucht und 70 % davon waren nodal-negativ. 10 % dieser Patientinnen hatten DTM bei nodaler Negativität (n = 349 von 3995). Der Nodalstatus und die DTM-Positivität waren univariat prognostisch für OS und DFS. Inkludiert man aber alle bekannten prognostischen Faktoren, so konnten die DTM in nodal-negativen Patientinnen nicht mehr als prognostisch signifikant angesehen werden, Alter und Tumorgöße blieben hier alleinige unabhängige Variablen.

Abstract #505: NSABP-B32 Update SN vs. Axilla in N0

1975 klinisch nodal-negative und Sentinel-negative Patientinnen mit axillärer Dissektion wurden mit 2011 klinisch nodal-negativen und Sentinel-negativen Patientinnen mit reiner Sentinel-Biopsie verglichen. Nach einem Follow-up von 95 Monaten zeigte sich kein Unterschied im OS (96 % vs. 96 %). Hierbei blieb die Hazard Ratio über die Zeit gleich. Das Gleiche zeigte sich im DFS (82 % vs. 81 %). Im Brust-Lokalrezidiv-Status zeigte sich kein Unterschied mit einer Rezidivrate von 2,7 % bzw. 2,4 % in den Gruppen. Ein axilläres Rezidiv fand sich lediglich in 0,3 % in beiden Gruppen.

Abstract #506: ACOSOG Z0011 SN vs. Axilla in N1

856 Patientinnen mit klinisch nodal-negativem Rezeptor-positivem T1/T2-Mammakarzinom wurden analysiert. In der ALND-Gruppe zeigte sich eine „breast recurrence“ von 3,6 % vs. 2,1 % in der SN-Gruppe! Die Axilla-Rezidivrate betrug in der ALND-Gruppe 0,6 % und in der SN-Gruppe 1,3 %! Das OS war ebenfalls gleich mit 91 % und 92 %, ebenso wie das DFS.

Kommentar: Die Rekrutierung musste frühzeitig abgebrochen werden, daher ist eine klinische Umsetzung solcher Daten nicht wirklich unterstützbar. Eine lokale Axilla-Rezidivrate von 1,3 % in 400 Patientinnen mit einem positiven Sentinel ohne axilläre Dissektion ist aber eine Sensation. Wichtig hierbei sind die Einschlusskriterien, welche Rezeptor-positive (97 %), T1–T2 klinisch nodal-negative postmenopausale Frauen umfassen.

Abstract #507: CALGB BCT und Tam mit oder ohne RT in > 70-jährigen rezeptorpositiven nodal-negativen Patientinnen

636 Frauen wurden randomisiert. Nach 10 Jahren Follow-up konnte die RT in diesen Patientinnen das Lokalrezidiv signifikant verbessern von 9 % auf 2 % und die Zeit bis zum Auftreten des ersten Lokalrezidivs verlängern ($p = 0,015$). Alle anderen onkologischen Parameter waren gleich (OS 63 % vs. 61 %, BCSS 98 % vs. 96 %, DFS 95 % vs. 93 %).

Kommentar: Das Mammakarzinom hat in dieser Gruppe keine lebensbedrohliche Bedeutung und die RT kann in dieser Gruppe möglicherweise weggelassen werden.

Abstract #510: CYP2D6 und TAM im TEAM-Trial

Die Autoren untersuchten im TEAM-Trial den Einfluss des CYP2D6-Genotypus und von anderen im Tamoxifen-Metabolismus wichtigen Substanzen auf die Tamoxifen-Effektivität bezüglich DFS. Diesbezüglich gibt es unterschiedliche Resultate in der Literatur, wobei die letzte Metaanalyse keinen Einfluss eines mutierten CYP2D6 auf die Tamoxifen-Effektivität zeigen konnte. 747 Frauen bekamen TAM gefolgt von EXE nach 2–3 Jahren. Diese Patientinnen wurden auf Mutationen von CYP2D6, UGT2B15 und ESR1-Pvull geprüft und mit dem DFS nach Einnahme von TAM und noch vor Exemestan-Switch korreliert. Eine multivariate Analyse mit allen für das DFS wichtigen Parametern inkludierend Alter, Stadium etc. zeigte letztendlich, dass der Genotyp von CYP2D6 nicht, der

der anderen Metaboliten aber schon einen Einfluss auf das DFS nach TAM-Gabe hatten.

Abstract #512: BMI-Einfluss auf endokrine Therapie (ABCSG 12)

Georg Pfeiler von der Gynäkologischen Abteilung der Medizinischen Universität Wien konnte diese Daten präsentieren. 1684 Frauen der Studie ABCSG 12 wurden analysiert (endokrin positive prämenopausal; Zoladex und entweder Anastrozol oder Tamoxifen sowie mit oder ohne Zolendronsäure). 1111 hatten nach WHO Normalgewicht, 573 Übergewicht. Nach 5 Jahren Follow-up hatten die übergewichtigen Frauen in der Anastrozol-Gruppe ein schlechteres DFS (0,02) und OS (0,008) als die Normalgewichtigen, nicht aber in der Tamoxifen-Gruppe. Anastrozol führte zu einem schlechteren DFS und OS verglichen mit Tamoxifen in den übergewichtigen Patientinnen, nicht aber in den Normalgewichtigen.

Kommentar: Erklärt wird das durch einen geänderten Metabolismus. Dies wird gerade in einer laufenden prospektiven Studie an der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung des Erstautors untersucht. Ich darf an dieser Stelle herzlichst zu den Daten und der vollbrachten Arbeit gratulieren.

■ Poster Diskussion**Abstract #514: Der Einfluss von Multifokalität und Multizentrität auf das Lokalrezidiv**

Diese retrospektive Analyse umfasste 11.983 BCT- und 7771 MX-Patientinnen. Nach 10 Jahren kam es zu einer Lokalrezidivrate von 6 % sowohl in der Gruppe der multizentrischen/multifokalen als auch in der Gruppe der unizentrischen Mammakarzinompatientinnen. Eine multivariate Analyse inkludierend Nodalstatus, T-Stadium, Grading, RR-Status und Alter konnte zeigen, dass die Multizentrität bzw. Multifokalität keinen signifikanten unabhängigen Faktor darstellt (HR 1,17; $p = 0,63$).

Abstract # 515: Resektionsrand und Lokalrezidiv

Retrospektive Analyse von 4832 Patientinnen. Verglichen wurden ein negativer Resektionsrand (≥ 1 mm), ein knapper Resektionsrand (< 1 mm) und ein positiver Resektionsrand. Die Lokalrezidivraten in diesen 3 Gruppen waren nach 10 Jahren 2 %, 4 % und 9 %. Multivariat waren nur ein positiver Resektionsrand sowie Alter < 40 Jahre, nodale Positivität und Rezeptornegativität unabhängiger prognostisch ungünstige Faktoren.

Kommentar: Auch diese Autoren definierten aufgrund dieser Studie einen ausreichenden Resektionsrand mit ≥ 1 mm, gleich wie der letzte Konsensusbericht der Amerikaner unter der Federführung von Monica Morrow.

Abstract #517: Targit

Nach Einschluss von 2232 Frauen und einer Nachbeobachtungszeit von 24 Monaten konnte kein schlechteres lokalrezidivfreies Überleben in der Targit-Gruppe beobachtet werden (99,78 % vs. 99,71 %). Es durften nur 1 % < 45 Jahre sein und nur 15 % an T2-Karzinomen erkrankt, nodal-positiv sein oder Grad 3 haben.

Abstract #520: Junges Alter und prognostische Faktoren

Die Autoren konnten in einer retrospektiven Analyse zeigen, dass in 4831 Frauen und einer Nachbeobachtungszeit von 6,6 Jahren die < 35-Jährigen signifikant mehr 3-fach negativ (39 % vs. 19 %) und her2neu-positiv waren (20 % vs. 16 %). Ein Alter < 35 war signifikant mit einem schlechteren DFS vergesellschaftet ($p = 0,002$).

Abstract #524: Compliance mit endokriner Therapie

1402 Frauen wurden telefonisch zu ihrer Compliance befragt. Ein Absetzen der Therapie von > 60 Tagen wurde als non-compliant definiert. Insgesamt haben 23 % der Frauen mit der Therapie aufgehört, 27 % davon im ersten Jahr. Es gab keinen Unterschied zwischen Aromatasehemmer oder Tamoxifen, dieser hatte ebenfalls keinen Einfluss auf die Compliance. Alter > 80 und Armut korrelierten signifikant mit der Non-Compliance.

Abstract #530: pCR in Subgruppen der ABCSG 24

Steger et al. stellten eine Subanalyse bzgl. pCR dar, in der gezeigt werden konnte, dass die Zugabe von Capecitabin die pCR in allen Untergruppen signifikant erhöht (insgesamt von 16 % auf 24 %).

Abstract #531: FinXX-Studie neoadjuvant mit/ohne Capecitabin

1500 Frauen wurden hier eingebracht. Die Gabe von Capecitabin zu einem Taxan-basierten Schema verbesserte das rezidivfreie Überleben nach 3 Jahren von 89 auf 92 % signifikant (HR 0,66). Eingeschlossen wurden klinisch nodal-positiv oder Patientinnen mit hohem Risiko. Die Subgruppe der 3-fach negativen Patientinnen profitierte besonders von Capecitabin (HR 0,43), wobei die nicht-3-fach-negativen keinen signifikanten Unterschied erfuhren.

Abstract #533: ABCSG-12-Update

Gnant et al. konnten zeigen, dass nach längerem Follow-up von 62 Monaten das bessere Event-freie Überleben in der Zoledronatäure-Gruppe weiter besteht (HR 0,68). Die Risikoreduktion war weiterhin in allen Untergruppen bestehend. Überraschenderweise war das Gesamtüberleben in der Anastrozol-Gruppe schlechter als in der Tamoxifen-Gruppe (HR 1,74; $p = 0,03$).

Abstract #534: Effektivitätsdaten der ABCSG 8

Dubsky et al. präsentierten im Namen der ABCSG diese Daten. Nach einem Follow-up von 76 Monaten zeigte der Switch auf Anastrozol nach 2–3 Jahren Tamoxifen ein signifikant besseres DFS mit einer HR von 0,89 (326 vs. 299 Events in 3714 Frauen). Nach Analyse der Cross-over-Patienten war das OS in der ANA-Gruppe gerade nicht signifikant besser mit einer HR von 0,79. Besonders die rezeptorhochpositiven haben von ANA profitiert.



Ao. Univ.-Prof. Dr. Florian Fitzal
Facharzt für Allgemeine und Viszeralchirurgie
Fellow of the European Board of Surgery (Oncology)
Arbeitsgruppenleiter Mammakarzinom der ACO-ASSO

Korrespondenzadresse:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Florian Fitzal
Abteilung für Allgemeinchirurgie
Brustgesundheitszentrum
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: florian.fitzal@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)