Bei der Eröffnungsveranstaltung des Senologiekongresses war die Zahl der Zuhörer im Internationalen Congresscenter Stuttgart noch überschaubar. Das änderte sich rasch.

Verzicht auf komplette Axilladisektion?

In der Diskussion ist die Operation der Axilla nach BET. Ohne axillären Befall gibt es keinen Grund für die Entfernung der Lymphknoten. „Frauen profitieren nicht von der Entfernung gesunder Lymphknoten“, betonte Bernd Gerber, Rostock. Die axilläre Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ist derzeit der Standard bei histologisch gesichertem invasiven Mammakarzinom und klinisch, palpatorisch und sonographisch unauffälligen Lymphknoten. Mit der ACOSOG Z0011 Studie konnte gezeigt werden, dass bei Patientinnen mit einem pT1-2 Tumor und kli-

nisch nicht befallenen axillären Lymphknoten auf eine komplette Axilladisektion verzichtet werden kann, wenn maximal zwei Sentinel-Lymphknoten mit Makrometastasen befallen sind und eine BET mit nachfolgender Bestrahlung der operierten Brust und adäquater Systemtherapie durchgeführt wird [Giuliano A et al. JAMA. 2011;305(6):569-75]. „Diese Patientinnen hatten gegenüber Patientinnen mit einer kompletten Axilladisektion keine Nachteile hinsichtlich des rezidivfreien und des Gesamtüberlebens“, so Gerber. Die INSEMA (Intergroup Sentinel-Mamma)-Studie soll nun der Hypothese nachgehen, dass bei Brustkrebs im Frühstadium die eingeschränkte Axillachirurgie das krankheitsfreie Überleben nicht verschlechtert. Eingeschlossen werden Patientinnen mit histologisch gesichertem Mammakarzinom bis 5 cm und geplanter BET sowie palpatorisch und sonographisch unauffälligen axillären Lymphknoten. Im Rahmen der ersten Randomisierung wird der Verzicht auf jede Form der Axillachirurgie gegenüber Sentinel-lymphknotenbiopsie geprüft. Die Studie liegt derzeit zur Begutachtung bei der Deutschen Krebshilfe. Ein positives Votum der federführenden Ethikkommission für das Studienprotokoll liegt bereits vor.

Tumorbiologie: immer wichtiger für den Therapieentscheid

Gerber betonte zudem, dass die Bedeutung des axillären Lymphknotenstatus für den postoperativen Therapieentscheid abnehmen wird, während tumorbiologische Charakteristika an Bedeutung gewinnen werden: „Die adjuvante Systemtherapie richtet sich nach der Tumorbiologie und weniger nach der Anzahl befallener Lymphknoten. Damit stellt sich die berechnete Frage, ob wir den Nodalstatus für die Beurteilung von Prognose und Therapie tatsächlich benötigen.“ Die Brustkrebsforschung wird in den nächsten Jahrzehnten wesentlich bestimmt werden durch die Erforschung der Tumorbiologie, der Charakterisierung individueller Tumoren und der darauf abgestimmten maßgeschneiderten Therapie. Und das kann durchaus auch eine weniger aggressive Therapie bedeuten. Andreas Schneeweiss, Heidelberg, machte darauf aufmerksam, dass inzwischen zwar 90 % der Frauen fünf Jahre nach Diagnosestellung noch leben: „Aber wir erkaufen uns das mit einer massiven Übertherapie. Wir müssen mit der Aggressivität zurückgehen und zwar individuell.“ Noch ist der individuelle Verlauf einer Brustkrebs-erkrankung aber schwer abzuschätzen. Die molekulardiagnostischen Verfahren, die derzeit entwickelt werden, bieten jedoch die Chance für eine bessere prognostische Bewertung des Tumors. Gen-Expressions-Profile erlauben zumindest retrospektiv eine genauere Abschätzung des individuellen Krankheitsverlaufs und der Empfindlichkeit gegenüber einer Chemotherapie als die bislang etablierten Faktoren Alter, Tumorgroße, Lymphknotenbefall oder Hormonrezeptorstatus. Schneeweiss warnte aber davor, die bereits zur Verfügung stehenden Tests schon jetzt außerhalb von Studien anzuwenden. Vielmehr sollten die Ergebnisse der prospektiven Studien, die bereits ange laufen sind, abgewartet werden. Verlaufen sie erfolgreich, könnten sie schon in naher Zukunft helfen, bis zu 30 % der Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs eine Chemotherapie zu ersparen.

Beate Fessler

kurz notiert

Bei fortgeschrittenem Mammakarzinom alle Optionen nutzen

Dr. Eva Stauss und Kollegen von der Universitätsfrauenklinik in Tübingen überprüften den Nutzen des seit einem Jahr zugelassenen Halichondrin-Analogons Eribulin. In der Zulassungsstudie hatte Eribulin bei stark vortherapierten Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom unter Chemotherapie zu einem deutlichen Vorteil hinsichtlich des Gesamtüberlebens geführt. Die klinische Praxis bestätigte diesen Effekt. Neun der insgesamt 14 stark vorbehandelten Patientinnen zeigten nach drei Zyklen bzw. nach Komplettierung der Chemotherapie auf sechs Zyklen ein deutliches Therapieansprechen hinsichtlich der Tumorprogression sowie eine adäquate Reduktion der Begleitbeschwerden. Ihr Fazit: Eribulin ist in der klinischen Anwendung wirksam und ermöglicht bei relativ guter Verträglichkeit und unter Berücksichtigung eines adäquaten Managements der Nebenwirkungen eine Verlängerung des Gesamtüberlebens bei Patientinnen mit stark vortherapiertem Mammakarzinom [Stauß E et al. Senologie 2012; 9:Abstr.163; DOI: 10.1055/s-0032-1313529]. Frauke Kleinsorge und Kollegen, Heidelberg, setzten ebenfalls Eribulin beim fortgeschrittenen metastasierten Mammakarzinom ein – bislang bei 17 Patientinnen. Auch nach ihren Erfahrungen entsprechen Wirksamkeit und Verträglichkeit unter Alltagsbedingungen den Ergebnissen der Zulassungsstudie. Damit stellt Eribulin eine nützliche Therapieoption in dieser Indikation dar. [Kleinsorge F et al. Senologie. 2012; 9:Abstr. 85; DOI: 10.1055/s-0032-1313451].

Doris Berger

Bericht von der 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie am 5.-7. Juli 2012 in Stuttgart