Wolfram Malter
Köln

**Prof. Dr. med.
Tino F.
Schwarz**
Würzburg

Patientinnen um das Entstehen eines Lymphödems und befolgten entsprechende Verhaltensmaßnahmen.

Das bedeutet, dass die operierten Frauen noch ausführlicher über dieses Risiko und das nach SNE seltene Auftreten eines Lymphödems aufgeklärt werden sollten. Der Armumfang schwankte im Laufe des Follow-up von einem Jahr, ohne dass es häufig zu einem klinisch manifesten Lymphödem kam. Um dies für die Patientinnen zu verifizieren und damit auch die Ängste zu nehmen, kann eine Messung des Armum-

fangs nach einem definierten, in der Publikation beschriebenen Vorgehen, hilfreich sein. Eine standardisierte Messung ein, drei und zwölf Monate nach Operation in 4 cm Schritten – beginnend vom Nagelbett des Mittelfingers bis zur Axillarfalte – stellt hierfür eine einfach durchführbare und günstige Methode dar.

Die Reduktion der Axilladisektion nach den Studienergebnissen der ACOSOG Z0011-Studie [Giuliano AE et al. JAMA. 2011; 305(6):569–75] wird eine weitere Abnahme von Lymphödemem mit sich

bringen. Weitere Studien zu diesem Thema werden von den Herausgebern als hilfreich erachtet. In diesem Zusammenhang darf auf die geplante INSEMA-Studie (http://www.noggo.de/fileadmin/dokumente/Studien/INSEMA_Studienprotokoll_2012.pdf) unter Leitung von Prof. Gerber hingewiesen werden, die einen Verzicht auf die SNE prüft und somit eine weitere Senkung der Morbidität der Axilla ermöglichen würde.

Wolfram Malter

Prämenopausale Frauen mit chemotherapieinduzierter Amenorrhö bei Brustkrebs: Vorsicht bei Umstellung auf Aromataseinhibitoren

Bei prämenopausalen Mammakarzinompatientinnen mit einer Chemotherapieinduzierten Amenorrhö können Aromataseinhibitoren (AIs) die Ovarfunktionen wieder anregen. In einer Studie wurden Prädiktoren und die Auswirkungen überprüft.

Aromataseinhibitoren sind Bestandteile der adjuvanten Hormontherapie bei postmenopausalen, Hormonrezeptor-positiven Brustkrebspatientinnen. Bei prämenopausalen Frauen, die eine chemotherapieinduzierte Amenorrhö (CIA) entwickelt haben, wird Tamoxifen für den Beginn der adjuvanten Hormontherapie empfohlen. In welchem Ausmaß und mit welchen Folgen eine Umstellung auf einen AI die Ovarfunktion wieder ankurbelt, wurde in einer prospektiven Studie untersucht.

Einbezogen wurden 53 Patientinnen mit einem Östrogenrezeptor (ER)-positiven Mammakarzinom unter einer

Tamoxifen-Therapie, die seit mindestens zwei Jahren eine Chemotherapieinduzierte Amenorrhö und E2-Spiegel auf postmenopausalem Niveau hatten. Die Patientinnen wurden auf den AI Exemestan umgestellt und das Wiederauftreten der ovariellen Funktionen wurde biochemisch und klinisch untersucht.

In den indirekten und direkten E2-Messungen zeigten sich vergleichbare Inzidenzen für die Wiederherstellung der Ovarfunktion (32 bzw. 30 %) sowie vergleichbare Zeiten bis zur erneuten ovariellen Funktion (5,4 bzw. 6,0 Monate). In multivariaten Analysen erwies sich lediglich das Alter, in dem auf Exe-

mestan umgestellt wurde, als Marker für die Wahrscheinlichkeit einer angekurbelten Ovarfunktion. Patientinnen mit wieder angeregter Ovarfunktion wiesen gegenüber denen ohne signifikant höhere E2-Spiegel auf ($p = 0,001$). Das krankheitsfreie Überleben war dagegen signifikant vermindert ($p = 0,04$).

Fazit: Brustkrebspatientinnen mit einer chemotherapieinduzierten Amenorrhö sollten nur dann von Tamoxifen auf Exemestan umgestellt werden, wenn sie älter als 48 Jahre sind. Bei jüngeren Frauen mit einem unter dem AI aufgetretenen E2-Anstieg ist die Rückfallgefahr höher.

Barbara Kreutzkamp

Guerrero A et al. Incidence and predictors of ovarian function recovery (OFR) in breast cancer (BC) patients with chemotherapy-induced amenorrhea (CIA) who switched from tamoxifen to exemestane. *Ann Oncol.* 2013;24(3):674–9.