

San Antonio 2008: Sind wir angekommen?



PD Dr. med. Achim Rody, Frankfurt

INHALT

**Hochdosiskonzepte zur Optimierung
der endokrinen Therapie mit Fulvestrant**

Prof. Dr. med. Nadia Harbeck, Köln

Seite 3

**Neue Daten zur Überlegenheit
der Aromatasehemmer**

Bericht vom 31st San Antonio Breast
Cancer Symposium, San Antonio/USA,
10.–14. Dezember 2008

Seite 6

**BCIRG 005-Studie zur adjuvanten
Chemotherapie**

Prof. Dr. med. Wolfgang Eiermann,
München

Seite 9

**Studie BIG 1-98/IBCSG 18-98 zur
adjuvanten endokrinen Therapie**

Prof. Dr. med. Christian Jackisch,
Offenbach

Seite 10

**Aromatasehemmer: Upfront-
oder Switch/Sequenz-Therapie?**

Prof. Dr. med. Anton Scharl, Amberg

Seite 11

**Hormonsubstitution bei Patientinnen
mit Mammakarzinom**

Dr. med. Cornelia Liedtke,
Prof. Dr. med. Ludwig Kiesel, Münster

Seite 14

Titelbild: Karin Arndt, Greifswald

Die Antwort auf diese Frage lautet: ja! Die Tatsache, dass deutsche Referenten große Studien (ZO-FAST, BCIRG 005, WSG-Intergroup, GBG-Metaanalyse Neoadjuvans) im Rahmen einer Oral Presentation vorstellen, zeigt, dass unsere Studien auf dem Gebiet des Mammakarzinoms nicht nur effektiv, sondern auch international hoch angesehen sind. Die erfolgreiche Arbeit der entsprechenden Studiengruppen, Kommissionen und Fachgesellschaften kann an solchen Tatsachen bemessen werden. Nicht unberücksichtigt bleiben sollte in diesem Zusammenhang, dass der deutsche Beitrag innerhalb großer, internationaler Multizenterstudien entscheidend zur erfolgreichen Umsetzung dieser Protokolle geführt hat. Dieser Erfolg ist nicht ausschließlich an einzelne Personen gekoppelt, sondern ein struktureller Erfolg, der alle teilnehmenden Zentren, engagierten Ärzte und motivierten Patientinnen betrifft. Diese Basis ist solide und muss weiter genutzt, aber auch verbessert werden. So gilt es in Zukunft weitere inhaltliche Fragen zu klären. Dabei sollten folgende Aspekte bedacht und ausgebaut werden:

1. Die lange Tradition der endokrinen Therapiestudien scheint etwas in Vergessenheit geraten zu sein. Nach ZEBRA und ARNO fehlen entsprechende innovative deutsche Konzepte.

2. Die (neo)adjuvanten Chemotherapiestudien sind überaus erfolgreich. Translationale Forschungsprotokolle nehmen zu, allerdings muss die Probensammlung bezüglich Paraffin-/Frischgewebe optimiert werden, da nach wie vor der Primärtumor für viele Fragen die wichtigste Informationsquelle ist.

3. Translationale Forschung ganz allgemein muss gestärkt werden. Hier müssen im Rahmen von Studien a priori Patientenkol-

lektive molekular definiert werden, um die prädiktive/prognostische Wertigkeit eines Markers bzw. einer Markerkombination prospektiv zu untersuchen.

4. Brustzentren sollten auch wirklich Brustzentren sein. Die derzeitigen Kriterien sind häufig zu unpräzise und lassen verschiedene Aspekte außer Acht. Insbesondere sollte das Mammographiescreening an die Brustzentren angebunden werden.

Die translationale Forschung und die molekulare Charakterisierung des Tumorgewebes vor Therapie- bzw. Studienbeginn werden in Zukunft immer wichtiger werden. Derzeit haben wir zahlreiche neue molekulare Substanzen, aber keine oder nur unzureichende Informationen hinsichtlich der Wirkungsweise. Um Kosten zu reduzieren und die effektive Therapie für die geeignete Patientin zu finden, benötigen wir molekulare Klassifikatoren, deren Identifikation primäres Studienziel in Phase-I/II-Studien sein muss und die dann als primäres Einschlusskriterium in Phase-III-Studien entsprechend prospektiv validiert werden sollten. Die inhaltliche Ausrichtung entsprechender Studienkonzepte sowie die logistische Umsetzung in einem multizentrischen Kontext wird eine der wichtigsten Herausforderungen der Zukunft sein. Die strukturellen Voraussetzungen in Deutschland sind gegeben durch die Zentrenbildung und die Tatsache, dass sowohl die operative als auch die medikamentöse Therapie des Mammakarzinoms vorzugsweise in der Hand der Gynäkologen liegen. Dies stellt im internationalen Vergleich eine einmalige Chance dar, die wir nutzen sollten. ■