

St. Gallen 2009 – Bewährtes mit Neuem verbinden

INHALT

**Upfront-Therapie mit
Aromatasehemmern aufgewertet**
Bericht von der 11th International
Conference „Primary Therapy
of Early Breast Cancer“,
St. Gallen/Schweiz, 11.–14. März 2009

Seite 3

**Endokrine Therapie
in der Prämenopause**
Prof. Dr. med. Christian Jackisch,
Offenbach

Seite 5

**Mammakarzinom-Therapie
in der Postmenopause**
Prof. Dr. med. Bernd Gerber, Rostock

Seite 6

**Chemotherapie beim
primären Mammakarzinom**
Prof. Dr. med. Gunter von Minckwitz,
Neu-Isenburg/Frankfurt

Seite 6

**Perspektiven in der Prävention
des Mammakarzinoms**
Prof. Dr. med. Anton Scharl, Amberg

Seite 7

Die Kommentare der Experten sind aus Platzgründen nur verkürzt wiedergegeben. Die vollständigen Kommentare finden Sie im Internet unter www.gynspectrum.de. Weitere Kongressberichte, Abstimmungsergebnisse, Diasätze und Poster zu St. Gallen finden Sie unter www.mammakarzinom-info.de.

Grundlage für eine optimale adjuvante Therapie des Mammakarzinoms ist die individuelle Tumor- und Patientinnencharakterisierung. In der wissenschaftlichen Literatur werden – dank neuer molekularer Techniken wie z.B. der Genexpressionsanalyse oder der Suche nach genetischen Varianten spezifischer Schlüsselgene (SNP, Single Nucleotide Polymorphism) – viele neue prognostische und vor allem prädiktive Parameter präsentiert. Seit mehreren Jahren wird über den routinemäßigen Einsatz prognostischer Tests wie z.B. MammaPrint® oder Oncotype DX® diskutiert, so auch in diesem Jahr in St. Gallen/Schweiz. Auf der anderen Seite gewinnen klassische Marker wie beispielsweise Ki67 an Bedeutung.

Vor der Einführung entsprechender Marker/Signaturen müssen wir uns jedoch immer wieder folgende entscheidende Fragen stellen:

1. Hat die Bestimmung eine mittelbare oder unmittelbare Konsequenz für eine Patientin und ist das Verfahren durch entsprechende prospektive Studien ausreichend evidenzbasiert?

2. Ist die Methode einfach durchführbar, reproduzierbar und gibt es einen validierten Cut-off-Level, der eine eindeutige Unterscheidung in Responder versus Nonresponder oder hohes Risiko versus niedriges Risiko ermöglicht?

Ein aktuelles Beispiel ist die Testung auf SNP im CYP2D6-Allel und deren mögliche Konsequenzen für die Entscheidung bezüglich der endokrinen Therapie. Die Evidenzlage dazu ist dicht, aber nicht eindeutig. Die Frage nach den Konsequenzen aus dem Testergebnis ist nicht eindeutig geklärt (z.B. Sind Aromatasehemmer tatsächlich die effektivere Therapiealternative zu Tamoxifen? Welche Alternativen zu Tamoxifen haben wir für die prämenopausale Patientin?). Die Bestimmungen von Multigen-Signaturen



Professor Dr. med. Dr. h.c. Manfred Kaufmann,
Frankfurt

müssen noch in den klinischen Kontext eingeordnet werden. Dazu benötigen wir die Daten aus prospektiven Studien wie TailorX (Trial Assigning Individualized Options for Treatment (Rx)) und MINDACT (Microarray In Node negative Disease may Avoid Chemotherapy), die jedoch frühestens 2012 vorliegen werden.

Unklar ist dann noch, ob die Klassifikation in eine Niedrigrisiko-Gruppe mit einem Zehn-Jahres-Rezidivrisiko von 10% bis 15% tatsächlich den Verzicht auf eine Chemotherapie rechtfertigt – vorausgesetzt, die Therapie wäre in dieser Gruppe wirksam und würde dazu beitragen, das Rezidivrisiko signifikant zu senken. Letztendlich entscheidet aber die Patientin, welches Risiko für sie persönlich tragbar ist.

Zweifelsohne benötigen wir den „molekularen Fortschritt“ dringender denn je im klinischen Alltag, da die bekannten und neuen zielgerichteten Therapien über uns hereinbrechen und mitunter mehr Fragen aufwerfen, als zur Zeit beantwortet werden. Wir müssen diese neuen Instrumente klug und umsichtig einsetzen, immer in dem Bewusstsein, dass Testergebnisse in klinischen Konsequenzen münden müssen. Ansonsten führen sie nur zur Verunsicherung von Patientinnen und Therapeuten. ■