

► **Schwerpunkte: Brustkrebs & Gynäkologische Krebserkrankungen**

<i>Triple-negatives Mammakarzinom</i>	
Carboplatin im neoadjuvanten Setting verbessert Ansprechen	Seite 4
<i>Aromataseinhibitoren im Vergleich</i>	
Verträglichkeit entscheidet	Seite 4
<i>Lokoregionäre Bestrahlungstherapie</i>	
Radiosensitizer zeigen noch nach Jahren Nebenwirkungen	Seite 4
<i>Metastasiertes HER2-positives Mammakarzinom</i>	
Ältere Patientinnen profitieren von metronomischer Chemotherapie	Seite 6
<i>Aggressives Endometriumkarzinom</i>	
Kein Überlebensvorteil bei adjuvanter Chemotherapie	Seite 6
<i>Enzalutamid beim Mammakarzinom</i>	
Klinischer Nutzen in Phase-II-Studie belegt	Seite 6
<i>Große Analyse zu Knochenmetastasen beim Mammakarzinom</i>	
Ort der Metastase beeinflusst Prognose	Seite 8
<i>Metastasiertes ER-negatives Mammakarzinom</i>	
Adjuvante Chemotherapie sinnvoll	Seite 8
<i>Synchrones Auftreten von Fernmetastasen</i>	
Systemische Bildgebung ist eine sinnvolle Empfehlung	Seite 8
<i>Adipositas bei Brustkrebsüberlebenden</i>	
Signifikant verbesserte Gesundheit nach Fitnessprogramm	Seite 9
<i>Trastuzumab-Nachahmerpräparate</i>	
Biosimilar erzielt ähnlich gute Ergebnisse	Seite 9
<i>Mammakarzinom im Frühstadium</i>	
Verzögert PIK3CA-Mutation Wiedererkrankung?	Seite 9
<i>Anthrazyklin-haltige Regimes bei frühem Mammakarzinom</i>	
Kardiales Risiko scheint gering	Seite 10
<i>GBG44-Studie: Überleben nach neoadjuvanter Chemotherapie mit Lapatinib</i>	
Outcome korreliert mit vollständigem pathologischen Ansprechen	Seite 10
<i>Krebsrisiko und Adipositas</i>	
Welche Tumore sind mit Übergewicht assoziiert?	Seite 10
<i>Lapatinib bei postmenopausalen Frauen mit Mammakarzinom</i>	
Sicherheit in Phase-III-Studie belegt	Seite 12
<i>Metastasiertes HR-positives Mammakarzinom mit viszeraler Beteiligung</i>	
Signifikant höheres progressionsfreies Überleben unter Palbociclib	Seite 12
<i>Aromataseinhibitor bei postmenopausalen Brustkrebspatientinnen</i>	
Kein erhöhtes Risiko für Kolorektalkarzinome erkannt	Seite 12
► Schwangerschaft & Reproduktionsmedizin	
<i>Hepatitis-B-Übertragung in der Schwangerschaft</i>	
Tenofovir bringt keinen Vorteil	Seite 13
<i>Krebstherapie in der Schwangerschaft: Ergebnisse einer langfristigen Kohortenstudie</i>	
Chemotherapie birgt Gefahren für den Säugling	Seite 13
<i>Zika-Virusinfektion</i>	
Fehlbildungsrisiko scheint gering	Seite 13
► Diverses	
<i>Palliativversorgung</i>	
Frühe Integration wichtig	Seite 11
<i>Gesprächsthemen in der Palliativversorgung</i>	
Bewältigungsstrategien mitgeben	Seite 11
► Forschung, Hochschule & Verbände	Seite 3
► Industrie	Seite 14

Sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

eine immer wieder gestellte Frage beim hormonsensitiven Mammakarzinom ist, welche adjuvante Antihormontherapie in der Postmenopause zu empfehlen ist? Welcher der 3 Aromatasehemmer (AI) ist zu empfehlen? Soll Tamoxifen sequenziell im Schema enthalten sein oder soll nur der AI für 5 Jahre gegeben werden? Eine multizentrische Studiengruppe aus Italien ist dieser Frage in der FATA GIM 3-Studie nachgegangen. Die Teilnehmerinnen erhielten entweder für 5 Jahre Anastrozol, Exemestan oder Letrozol oder sie erhielten für 2 Jahre Tamoxifen, gefolgt von 3 Jahren Anastrozol, Exemestan oder Letrozol. Insgesamt wurden 3697 Patientinnen in 6 Behandlungsgruppen nachbeobachtet mit dem krankheitsfreien Überleben als primäres Studienziel. Erstmals wurden somit alle 3 zugelassenen AI direkt miteinander verglichen. Im Ergebnis zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einnahme des AI für 5 Jahre oder einer sequenziellen Therapie mit Tamoxifen für 2 Jahre und AI für 3 Jahre ($p=0,23$). Es zeigte sich außerdem kein Unterschied im krankheitsfreien Überleben (DFS) zwischen den einzelnen AI Anastrozol, Exemestan oder Letrozol ($p=0,24$). Die höhergradigen muskuloskelettalen Nebenwirkungen (Grad 3–4) waren zwischen den sequenziellen Gruppen und Upfront-Gruppen gleich groß. Da es keinen Unterschied in der Wirksamkeit gibt, sollte sich die optimale Hormontherapie bei Brustkrebs auf die Präferenz und Verträglichkeit der Patientin konzentrieren (De Placido S et al., s. S. 4).

Einer weiteren wichtigen klinischen Frage geht die CALOR (Chemotherapy as Adjuvant for Locally Recurrent Breast Cancer)-Studie nach. Profitieren Frauen mit einem isolierten lokoregionären Rezidiv (ILRR), welches chirurgisch reseziert wurde von einer weiteren adjuvanten Chemotherapie (CTX)? In die Studie wurden 162 Frauen aufgenommen und nach vorangegangener CTX, Hormonrezeptorstatus und Lokalisierung des ILRR stratifiziert. Eine zusätzliche Strahlentherapie wurde bei positiven Schnitträndern durchgeführt. Eine Anti-HER-2-Therapie war optional. Als primäre Endpunkte wurden das DFS und das Gesamtüberleben (OS) sowie das brustkrebsfreie Intervall untersucht. Nach 9 Jahren medianer Nachbeobachtung bestätigen sich die in früheren Studien gewonnenen

Herausgeberin Marion Kiechle

Daten, dass insbesondere Frauen mit Hormonrezeptor-negativen Tumoren von einer adjuvanten CTX nach operativ behandeltem ILRR profitieren. Dies ist nicht der Fall für Hormonrezeptor-positiven Tumoren. Die Hazard Ratios (HR) für das DFS waren 0,29 (10-Jahres DFS) bei Frauen mit ER-negativem ILRR und 1,07 (10-Jahres DFS) bei Frauen mit ER-positivem ILRR. Die HRs für das brustkrebsfreie Intervall und Gesamtüberleben fielen entsprechend aus (Wapnir IL et al., s. S. 8).

Zwei aktuelle Arbeiten bestätigen, dass eine frühzeitige palliative Anbindung von Menschen mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung von Vorteil ist. Dies führt nicht nur zu einer signifikant besseren Lebensqualität, die in einer palliativen Situation das führende Therapieziel darstellt, sondern auch zu einer geringeren Rate an Hospitalisierungen und Chemotherapieanwendungen (Hoerger M et al., s. S. 11 und Vanbutsele G et al., s. S. 11).

Eine große zusammenfassende Analyse von 10.521 Frauen mit einer metastasierten Mammakarzinomerkrankung bestätigt, was wir im klinischen Alltag seit langem beobachten: Frauen, die ausschließlich Knochenmetastasen haben, zeigen eine bessere Prognose als Frauen mit Metastasen anderer Lokalisationen (Wedam SB et al., s. S. 8).

Mit kollegialem Gruß



Marion Kiechle