

Bericht von der 9. internationalen Konferenz 26. bis 29. Januar 2005 in Sankt Gallen

»Primary Therapy for Early Breast Cancer«

Konsensus-Empfehlungen Sankt Gallen 2005

Das diesjährige Konsensus-Panel bestand aus 28 Experten. Deutschland war wieder durch *Herrn Prof. Kaufmann* von der Universitätsfrauenklinik in Frankfurt vertreten. Erstmals bestand die Möglichkeit, über einzelne Fragen elektronisch abzustimmen, und zwar mit den Optionen »ja«, »nein« oder »Enthaltung«¹.

Nachfolgend sind die aktuellen adjuvanten Therapieempfehlungen aufgeführt. Für die Richtigkeit der Angaben kann keine Garantie übernommen werden. Die offizielle Publikation ist für Juni oder Juli diesen Jahres in einer elektronischen Vorabveröffentlichung des »Journal of Clinical Oncology« zu erwarten.

Aktuell ergaben sich wesentliche Änderungen zu den Empfehlungen des Jahres 2003 (siehe *Goldhirsch et al. 2003, J Clin Oncol 21, 3357*).

Die endokrine Ansprechbarkeit wurde noch stärker in den Vordergrund gestellt und eine Kategorie »endokrin fraglich ansprechbar« eingeführt, bei der der Chemotherapie eine verstärkte Bedeutung zukommen sollte.

Die Risikokategorien wurden neu formuliert. Ausdrücklich wurde die Verwendung von Online-Computerprogrammen zur Risikoberechnung begrüßt². Eine Hämangiosis carcinomatosa beziehungsweise eine c-erbB2 Überexpression wurden als neue Prognoseparameter berücksichtigt. Die Anwendung eines Assays zur Tumorgen-Aktivität wird als vielversprechend eingestuft, aber dessen routinemäßige Anwendung zur Zeit nicht empfohlen.

Bei postmenopausalen Patientinnen mit hormonrezeptorpositiven Tumoren werden Aromatasehemmer ausdrücklich als endokrine Therapieoption anerkannt, entweder im Sinne einer Umstellung nach zwei Jahren Tamoxifentherapie – dann ebenfalls für einen Behandlungszeitraum von insgesamt fünf Jahren – oder als alleinige Therapie über fünf Jahre.

Im Kollektiv mit dem höchsten Rezidivrisiko ist eine so genannte »erweiterte adjuvante Therapie« zu überlegen. Hier wird nach fünf Jahren Tamoxifen mit Letrozol weiterbehandelt.

Alle endokrinen Therapiemaßnahmen sollten sequenziell, also nach Beendigung der Chemotherapie, eingesetzt werden. Dies gilt neben Tamoxifen auch für die Behandlung mit Aromataseinhibitoren.

Taxane werden erstmals als chemotherapeutische Option verstanden, und zwar im Hochrisikokollektiv bei Hormonrezeptornegativität. Zur Aus-

Tabelle 1	
Voraussichtliche Risikokategorien St. Gallen 2005	
Niedriges Risiko	
pT1 G1 ER+ und/oder PR+ Alter ≥ 35 Jahre Keine Hämangiosis carcinomatosa Keine c-erbB2 Überexpression Alle Kriterien müssen erfüllt sein.	
Mittleres Risiko	
N0 ER+ und/oder PR+ sowie mindestens eine der folgenden Kriterien erfüllt: Tumor größer als 2 cm oder G2/G3 oder jünger als 35 Jahre oder N+ (1 bis 3 Lymphknoten positiv), aber keine Hämangiosis carcinomatosa und keine c-erbB2 Überexpression	
Hohes Risiko	
N+ (4 oder mehr Lymphknoten positiv) oder jede N+ Konstellation bei Hämangiosis carcinomatosa und/oder c-erbB2 Überexpression	

Tabelle 2	
Definition der endokrinen Ansprechbarkeit	
ER+ und/oder PR+	
Immunhistochemische Bestimmung	
Auch bei geringer Positivität ab 10% positiven Zellen oder weniger	
Grad der Positivität angeben/berücksichtigen!	
<i>Neue Gruppe »fragliche endokrine Ansprechbarkeit« definiert, zum Beispiel bei</i> – ER– PR+ – geringe Zahl positiver Zellen/niedriger Score – c-erbB2 Überexpression	

wahl des Taxans wurde während des Konsensustreffens keine Stellung genommen, es liegt jedoch nahe, aufgrund der solideren Studiendokumentation Docetaxel gegenüber Paclitaxel den Vorzug zu geben.

Abschließend sei der Vorsitzende der Konsensuskonferenz, *J. Glick*, zitiert:

¹ Die Fragestellungen, über die abgestimmt wurde, sind auf der website www.llellenet.de (Benutzername = Passwort: »medizin«) vollständig wiedergegeben. Dort findet sich auch ein ausführlicher Bericht zu aktuellen Fragen der adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms.
² www.adjuvantonline.com und www.mayo.edu/adjuvant

Tabelle 3

Adjuvante Therapie bei Patientinnen mit niedrigem Risiko		
Prämenopausal	Endokrin ansprechbar	Postmenopausal
Tamoxifen oder keine Therapie	Tamoxifen oder Aromatasehemmer oder Tamoxifen gefolgt von einem Aromatasehemmer oder keine Therapie	
Prämenopausal	Endokrin fraglich ansprechbar	Postmenopausal
Tamoxifen oder keine Therapie	Tamoxifen oder keine Therapie oder Aromatasehemmer oder Tamoxifen gefolgt von einem Aromatasehemmer	

»You cannot just manage a patient by a chart!« Die individuelle Therapieentscheidung, die sich aus einem persönlichen und engagierten Arzt-Patient-Kontakt ergibt, muss demnach immer im Vordergrund stehen.

In den Tabellen 1 bis 5 sind Änderungen gegenüber den Aussagen »Sankt Gallen 2003« kursiv hervorgehoben.

Tabelle 4

Adjuvante Therapie bei Patientinnen mit mittlerem Risiko		
Prämenopausal	Endokrin ansprechbar	Postmenopausal
Tamoxifen ± Ovarausschaltung oder Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen (± Ovarausschaltung) <i>bei Unverträglichkeit von Tamoxifen: eventuell Aromatasehemmer + Ovarausschaltung oder ausschließlich Ovarausschaltung</i>	Tamoxifen oder Aromatasehemmer oder Tamoxifen gefolgt von einem Aromatasehemmer oder Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen oder Chemotherapie gefolgt von einem Aromatasehemmer oder Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen gefolgt von einem Aromatasehemmer	
Prämenopausal	Endokrin fraglich ansprechbar	Postmenopausal
Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen (± Ovarausschaltung) oder ausschließlich Chemotherapie <i>bei Unverträglichkeit von Tamoxifen: eventuell Chemotherapie gefolgt von einem Aromatasehemmer + Ovarausschaltung oder ausschließlich Ovarausschaltung</i>	Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen oder Chemotherapie gefolgt von einem Aromatasehemmer oder Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen gefolgt von einem Aromatasehemmer	
Prämenopausal	Endokrin nicht ansprechbar	Postmenopausal
Chemotherapie	Chemotherapie	

Tabelle 5

Adjuvante Therapie bei Patientinnen mit hohem Risiko		
Prämenopausal	Endokrin ansprechbar	Postmenopausal
Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen (± Ovarausschaltung) <i>bei Unverträglichkeit von Tamoxifen: eventuell Chemotherapie gefolgt von einem Aromatasehemmer + Ovarausschaltung</i>	Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen (evtl. Letrozol nach 5 Jahren Tamoxifen) oder Chemotherapie gefolgt von einem Aromatasehemmer oder Chemotherapie gefolgt von Tamoxifen gefolgt von einem Aromatasehemmer	
Prämenopausal	Endokrin nicht ansprechbar	Postmenopausal
Chemotherapie (AC, FAC, FEC, ± Taxane)	Chemotherapie (AC, FAC, FEC, ± Taxane)	

Anschrift des Verfassers:
 Univ.-Prof. Dr. Ralph J. Lellé, MIAC
 Frauenklinik des Universitätsklinikums
 Münster
 Albert Schweitzer Straße 33
 48149 Münster
 E-Mail info@lellenet.de