

Was ist wichtig für die Praxis?

San Antonio Breast Cancer Symposium 2013

Beim letzten San Antonio Breast Cancer Symposium, das im Dezember 2013 stattfand, wurden einige praxisrelevante Ergebnisse vorgestellt. Eine weitergehende Validierung durch die aktuellen Leitlinien der AGO-Organisation Mamma ist ab März 2014 online (www.ago-online.de).

Reproduktionsmedizin ohne Risiko

Eine im Praxisalltag häufig gestellte Frage zum Brustkrebsrisiko nach reproduktionsmedizinischen Maßnahmen versuchte eine italienische Metaanalyse zu beantworten. Nach Auswertung von über 100.000 reproduktionsmedizinisch behandelten Frauen und 1.498 Brustkrebsfällen aus 19 Studien zwischen 1960 und 2011 konnte nach klassischen IVF/ICSI-Therapien kein erhöhtes Mammakarzinomrisiko festgestellt werden. Die Anwendung follikel-/ovulationsstimulierender Maßnahmen ohne IVF-Therapie (z.B. Clomifen, Gonadotropine) ergab ein minimal erhöhtes Risiko. Letztere Ergebnisse sind jedoch von eingeschränkter Aussagekraft (methodische Schwächen, ältere Studien, teilweise überholte Stimulationsprotokolle).

Fazit für die Praxis: Bezüglich des Brustkrebsrisikos besorgte Kinderwunschpatientinnen können nun anhand der Datenlage vor einer modernen IVF-Therapie entsprechend beraten werden.

Bisphosphonate in der Adjuvant- das „letzte Wort“?

Eine Metaanalyse (36 Studien mit N=22982) untersuchte den Effekt einer adjuvanten oralen oder intravenösen Bisphosphonatgabe auf Rezidivrate, Rezidivorgan und Sterblichkeit. Während im Gesamtkollektiv kein Vorteil errechnet werden konnte, ergaben sich für postmenopausale Patientinnen deutliche Vorteile: Eine hochsignifikante Risikoreduktion einer Knochenmetastasie-

rung um 34 Prozent und der Brustkrebssterblichkeit um 17 Prozent. Dieser Effekt war unabhängig vom Hormonrezeptorstatus und einer zytostatischen Therapie. Die Rate an Fernmetastasen (außer Knochen) wurde durch eine Bisphosphonatgabe nicht verringert. Bei prämenopausalen Patientinnen ergaben sich weder Vor- noch Nachteile.

Fazit für die Praxis: Die adjuvante Bisphosphonatgabe sollte jeder postmenopausalen Patientin angeboten werden. Dies gilt unabhängig von Hormonrezeptorstatus, Nodalstatus und Einsatz einer Chemotherapie, auch unabhängig von Regime und Dosierung. Trotz fehlender Evidenz für eine bestimmte Substanz, Verabreichungsweg oder Therapiedauer hat sich in den letzten Jahren die sechsmonatige intravenöse Gabe von Zoledronat über drei Jahre (gemäß der ABCSG-12-Studie,10) verbreitet und als praktikabel erwiesen. Die Rate schwerwiegender Komplikationen (zum Beispiel Kieferosteonekrose) ist bei Beachtung der bekannten Vorsorgemaßnahmen (regelmäßige Zahnarztvisiten, Überwachung der Nierenfunktion) mit unter einem Prozent als sehr gering einzustufen. Auch hier sind weiterhin die juristischen und finanziellen Besonderheiten des OFF-Lable-Status zu beachten. Allerdings ist Zoledronsäure mittlerweile als Generikum preisgünstiger geworden.

Strahlentherapie nach brusterhaltender Therapie bei der älteren Patientin obligat?

Die randomisierte PRIME-Studie (N=1.300) ging die in der Praxis häufig gestellte Frage nach, ob bei älteren Patientinnen in jedem Fall eine adjuvante Strahlentherapie nach Brusterhaltung erfolgen muss. Einschlusskriterien waren Alter > 65 Jahre, G1-2, Tumorgröße unter drei Zentimeter, mindestens ein Millimeter tumorfreier Rand, Östrogen- oder Progesteronrezeptorpositivität, negativer Nodalstatus und eine adjuvante endokrine Therapie. Die Therapiegruppe

erhielt eine übliche Bestrahlung (40-50 Gy in 15-15 Sitzungen). Die Lokalrezidivrate nach einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von fünf Jahren unterschied sich nur minimal um 2,8 Prozent (1,3 mit und 4,1 Prozent ohne Bestrahlung). In der Gruppe der hochrezeptorpositiven Tumoren war der Effekt der Radiotherapie mit 2,4 Prozent (0,8 versus 3,2 Prozent) noch geringer. Das Gesamtüberleben unterschied sich in beiden Gruppen nicht. Eine Arbeit aus 2013 war zu ähnlichen Ergebnissen (N= 636 Pat. >70 Jahre) gekommen. Bei einer durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von bereits 12,6 Jahren zeigten sich in der nichtbestrahlten Gruppe acht Prozent mehr Lokalrezidive, was zu keinen Nachteilen bezüglich Fernmetastasierung oder Gesamtüberleben führte.

Fazit für die Praxis: Nach individueller Abwägung kann sicherlich einigen älteren Patientinnen mit kleinem, nodalnegativem, hormonabhängigem Mammakarzinom nach brusterhaltender Therapie eine Strahlentherapie erspart werden. Die Entscheidung richtet sich nicht allein nach dem Alter, sondern auch nach Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen, zu erwartender endokriner Therapietreue und Patientenwunsch. Eine Aufklärung über das marginal erhöhte Lokalrezidivrisiko sollte in jedem Fall erfolgen. ♀

Kontakt

Dr. Steffen Wagner

Frauenärzte Saarbrücken West
Onkologischer und operativer Schwerpunkt
Lebacher Straße 78
66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 71055
Fax: 0681 752251
E-Mail: dr.steffen.wagner@googlemail.com
www.frauenarzt-saar.de

