



## **Konsens-Empfehlung der ABCSG**

### **AKTUELLES**

Konsens-  
Empfehlung  
der ABCSG

Stand Mai 2005

### **Konsens-Empfehlung der ABCSG**

## **Endokrine Adjuvanstherapie des Mammakarzinoms**

Stand Mai 2005 (beschlossen im Vorstand der ABCSG im Mai 2005, Writing Committee: M. Gnant, A. Lang, C. Marth, C. Menzel)

In den letzten 18 Monaten sind eine Reihe von klinischen Studien in der adjuvanten Hormontherapie von rezeptorpositivem Brustkrebs präsentiert worden, die geeignet sind, die Behandlungsstandards auch in Österreich neu zu definieren. Trotzdem bleiben eine Vielzahl offener Fragen, auch wegen des kurzen Follow-Ups dieser Studien, so dass die aktuellen Diskussionen, auch in St. Gallen im Februar 2005, teilweise kontrovers und oder ambivalent sind. Um den PrüfarztInnen der ABCSG-Familie eine Unterstützung im klinischen Alltag zu geben, halten wir nachstehend folgendes fest:

## Konsensus-Empfehlung der ABCSG zur endokrinen Adjuvanstherapie des Mammakarzinoms (Stand Mai 2005)

- Aromatasehemmer sind in der adjuvanten Therapie des hormonrezeptorpositiven Mammakarzinoms bei postmenopausalen Patientinnen nunmehr auf Evidenzlevel I als etabliert anzusehen. Inwieweit dies auch für therapeutisch induzierte Prämenopause oder Perimenopause gilt, ist noch unklar.
- 2 große Studien (ATAC, BIG-FEMTA) zeigen einen deutlichen Vorteil einer fünfjährigen Therapie mit Anastrozol bzw. Letrozol verglichen mit 5 Jahren Tamoxifen in Hinblick auf eine Verlängerung des krankheitsfreien Intervalls.
- Mindestens 2 große Studien (IES, ABCSG-8/ARNO) zeigen einen deutlichen Vorteil eines Wechsels von Tamoxifen auf Anastrozol bzw. Exemestane zum Zeitpunkt 2 Jahre nach der Operation, verglichen mit 5 Jahren Tamoxifen.
- In keiner dieser Studien zeigt sich bisher im Gesamtkollektiv ein signifikanter Vorteil im Gesamtüberleben, was auch durch die teilweise kurze Nachbeobachtungsdauer sowie durch die verbesserte Palliativtherapie bedingt sein kann. In der Vergangenheit hat sich bei großen Studien ein Vorteil im erkrankungsfreien Überleben oft zu einem späteren Zeitpunkt in einen Vorteil beim Gesamtüberleben übersetzt.
- Ob 5 Jahre Aromatasehemmer oder das “Switchen” in Form einer frühen Sequenztherapie (Wechsel von Tamoxifen auf Aromataseinhibitor zum Zeitpunkt 2 Jahre) vorzuziehen sind, wird kontroversiell diskutiert. Beide Therapiestrategien sind in Österreich derzeit als Standardverfahren anzusehen. Her-2 Überexpression oder ein negativer Progesteronrezeptor sprechen eher für den primären Einsatz eines Aromatasehemmers.
- Eine Therapie mit 5 Jahren Tamoxifen ist nicht mehr als allgemeiner Standard anzusehen (Ausnahme: Spezialsituationen, wie z.B. Kontraindikationen gegen Aromatasehemmer). Solange keine konklusiven Daten über das tatsächliche langfristige Nebenwirkungsspektrum der Aromatasehemmer (z.B. mental disorders) vorliegen, und ein Überlebensvorteil nicht nachgewiesen ist, stellt die Therapie mit 5 Jahren Tamoxifen allerdings nach wie vor eine Option in individuellen Fällen dar.
- Eine Verlängerung der Therapiedauer über 5 Jahre hinaus ist nach den Ergebnissen zweier großer Studien (MA-17, Letrozol; ABCSG 6a, Anastrozol) günstig. In Österreich wird für diese Situation empfohlen, Patientinnen nach 5 Jahren endokriner Therapie die Teilnahme an ABCSG-16/SALSA vorzuschlagen.
- Aromataseinhibitoren können Osteoporose fördern. Eine Beachtung der Knochendichte (jährliche Messung!) und Therapie mit z.B. Bisphosphonaten ist zu empfehlen (siehe auch entsprechende ASCO Guidelines).

Weitere Studien sind unerlässlich, um die zahlreichen offenen Fragen, insbesondere nach dem Therapieansprechen individueller Patientinnen, zu beantworten.