



Highlights vom SABCS 2016

Interview mit KD Dr. med. Stephanie von Orelli, Stadtspital Triemli Zürich



? Frau Dr. von Orelli, welches waren für Sie die Highlights beim SABCS 2016?

Das war der Vortrag von Dr. Arti Hurria über das Individualisieren von Brustkrebstherapien bei älteren Brustkrebspatientinnen. Am Beispiel einer 80-jährigen Patientin hat sie gezeigt, mit welchem Tool abgewogen und mit der Patientin evaluiert werden kann, ob für sie eine Chemotherapie in Frage kommt und welche unterstützenden Massnahmen dazu notwendig werden. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden: Wie selbständig ist die Patientin (functional status)?; Kann sie selbst einkaufen?; Kann sie telefonieren?; Kann sie Medikamente zeitgerecht einnehmen?; Braucht sie Unterstützung vom Sozialdienst, Essensservice oder Haushaltshilfe?; Pfl egt sie gar einen kranken Angehörigen? Als Zweites wird nach Co-Morbidität gefragt: Wie hoch ist die aufgrund dieser Erkrankungen zu erwartende Lebensdauer?. Dies kann z. B. durch computerbasierte Tools wie «ePrognosis» evaluiert werden. Als Drittes wird nach dem Ernährungsstatus der Patientin gefragt: Hatte sie unerwünschten Gewichtsverlust?; Kann sie eventuell im Moment gar keine Nahrung zu sich nehmen?; Braucht sie vielleicht eine Ernährungsberatung?; Als Viertes wird nach den kognitiven Funktionen gefragt: Kann die Patientin komplexe Abläufe verstehen?; Kann sie Nebenwirkungen der Chemotherapie rechtzeitig erkennen?; Kann sie noch selbständig Entscheidungen treffen?; Versteht sie ihre Situation? Als Fünftes wird nach ihrer psychischen Verfassung gefragt: Ist sie gegebenenfalls deprimiert?; Hat sie ein soziales Netz, Familie? Als Sechstes wird nach Medikamenten Einnahmen gefragt: Bestehen Interaktionen?; Wie «compliant» ist sie? Letztendlich geht es um die Frage, was will die Patientin, was ist ein möglicher Vorteil durch eine Chemotherapie, und in wie weit erträgt die Patientin Einschränkungen der Lebensqualität. Zur Evaluation wird ein computerbasiertes Programm empfohlen (www.mycarg.org/SelectQuestionnaire), das zum Teil von den englischsprachigen Patientinnen selbständig ausgefüllt werden kann. Eindrücklich war, dass die eingangs vorgestellte Patientin durch das Auditorium als mässig gefährdet für toxische Nebenwirkungen durch die Chemotherapie eingeschätzt wurde, von der Referentin aber aufgrund des Alters und eines therapiepflichtigen Diabetes als Hochrisiko-Patientin eingestuft wurde. Ein Patient oder eine Patientin, die möglicherweise unter vertrauten Umständen bestens kompensiert sind, können durch Nebenwirkungen der Chemotherapie kognitiv und funktionell dekomensieren.

? Welche Neuigkeiten gibt es zu TNBC?

Es wurden drei Studien vorgestellt zur verlängerten Einnahme von Aromatasehemmern nach 5-jähriger antihormoneller Therapie: Die DATA-Studie mit 3 vs. 6 Jahren Anastrozol nach 2–3 Jahren Tamoxifen bei postmenopausalen Patientinnen, wobei nach im median 4.1-jährigen Follow-up keine Verbesserung in Bezug auf «disease-free-survival» durch die verlängerte Einnahme bestand. Höchstens eine Subgruppe von Patientinnen mit HR-positiven, HER2-negativen und nodal-positiven Karzinomen nach Chemotherapie profitierten mit einem aDFS von 86% vs. 76%.

Zu einem ähnlich negativen Schluss kam die IDEAL-Studie mit dem Vergleich einer verlängerten Einnahme von Letrozol (entweder über 2.5 oder 5 Jahre) nach antihormoneller Therapie. Auch hier kann kein Unterschied im «disease-related-outcome» gezeigt werden. Die dritte Studie, die NSABP B-42, verglich nach 5 Jahren AI respektive <3 Jahre Tamoxifen und anschliessend bis insgesamt 5 Jahre AI die Verlängerung mit Letrozol versus Placebo für weitere 5 Jahre. Auch hier konnte kein signifikanter Benefit in Bezug auf «disease-free-survival» und «overall survival» gezeigt werden. Einzig die «distant recurrence» konnte signifikant gesenkt werden mit 5.8 in der Placebogruppe auf 3.9% in der Letrozolgruppe, was letztendlich aber klinisch ein sehr kleiner Unterschied ist.

? Welche neuen Erkenntnisse werden Sie unmittelbar in der täglichen Praxis umsetzen können?

In einer «Educational Session» von Dr. Tari King wurden die Fakten zum chirurgischen Vorgehen nach neoadjuvanter Chemotherapie zusammengestellt. Bekannt ist, dass die neoadjuvante Chemotherapie gegenüber der adjuvant durchgeführten keinen Überlebensvorteil bringt. Auch bekannt ist, dass das Ansprechen auf die neoadjuvante Chemotherapie, das durch histopathologische Untersuchung erkannte pathologische Ansprechen (pCR), nach der Operation mit «overall survival» und «disease-free-survival» korreliert. In der Bildgebung korreliert am besten mit der effektiven Tumorgrosse nach neoadjuvanter Chemotherapie das MRI mit einer Genauigkeit von 90% mit der letztendlich durch die Pathologen im Operationspräparat gefundenen Tumorgrosse. Die Genauigkeit des Ultraschalls beträgt 60%, die der Mammographie 32% und die der klinischen Untersuchung 54%.

Es ist nicht nötig, das ganze ehemalige Tumorbett zu entfernen, sofern in der pathologischen Aufarbeitung keine vitalen Tumorzellen mehr gefunden werden. Ist dies nicht der Fall muss nachexzidiert werden, da nicht sicher ist, ob es nicht gegebenenfalls noch weitere Tumorerde im ehemaligen Tumorbett gibt und nicht primär von einem konzentrischen Tumorschrumpfen ausgegangen werden kann.

Diskutiert wurde hierbei auch die Wertigkeit der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie nach neoadjuvanter Chemotherapie. Dabei kann bei einer klinisch nodal-negativen Axilla ein Schnellschnitt gemacht werden, wenn in irgendeiner Art Tumorzellen gefunden werden oder der Sentinel nicht detektiert werden kann, muss die axilläre Lymphonodektomie komplettiert werden. Die Radiotherapie der Axilla ist dann gegebenenfalls aufgrund des Ansprechens und der vor der Therapie erhobenen Faktoren indiziert. Wenn bei cNo mindestens 3 Sentinellymphknoten (= radioaktive, blaufarbte oder vergrösserte) entfernt werden ist die Falschnegativrate bei akzeptablen <9.1% (Bougney, JAMA 2013). Zur Detektion sollte allerdings sowohl blau- wie Technetium-markierte Substanz verwendet werden. Bei initial positiven Lymphknoten soll bei der Biopsie eine Clipmarkierung durchgeführt werden.

Eleonore E. Droux