

# JOURNAL WATCH

Malignes Melanom mit positivem Wächterlymphknoten

## Müssen nun alle regionalen Lymphknoten entfernt werden?

**Wenn bei Patienten mit malignem Melanom mit Tumormetastasen im Wächter-Lymphknoten alle regionalen Lymphknoten entfernt werden, verbessert dies zwar die lokale Tumorkontrolle, aber nicht das Gesamtüberleben.**

Bei einem malignen Melanom mit intermediärer Dicke (1,2 bis 3,5 mm) wird üblicherweise der Sentinel-Lymphknoten biopsiert und das operative Vorgehen vom pathologischen Ergebnis abhängig gemacht. In der Regel werden bei Tumorbefall von einem oder mehreren Wächterlymphknoten alle regionalen Lymphknoten operativ entfernt. Allerdings wurde dieses Vorgehen bisher nicht durch prospektive Studien abgesichert. Zudem ist das Vorgehen mit Nebenwirkungen behaftet.

Aus diesem Grunde wurde nun im Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial-II der Wert der «completion lymph-node

dissection» bei 1934 Melanom-Patienten mit positivem Sentinel-Lymphknoten-Befall untersucht. 1755 Patienten standen für die Per-Protocol-Analyse zur Verfügung. In der Kontrollgruppe wurden die Lymphknoten per Ultraschall überwacht.

In dieser Analyse war die Rate des krankheitsfreien Überlebens in der Dissektions-Gruppe mit 68% vs. 63% etwas besser, nicht jedoch das Melanom-spezifische Gesamtüberleben (jeweils 86%). Metastasen in den bei der kompletten Dissektion entfernten Lymphknoten wurden bei 11,5% der Patienten nachgewiesen. Sie erwiesen sich als starker unabhängiger Risikofaktor für ein Rezidiv. Auf der anderen Seite erlitten 24,1% der Patienten in der Dissektions-Gruppe ein Lymphödem, verglichen mit 6,3% in der Kontrollgruppe.

▼ WFR

Quelle: Faries MB, et al.; Completion Dissection or Observation for Sentinel-Node Metastasis in Melanoma. N Engl J Med 2017; 376: 2211-22

Invasive Brustkrebs-Resterkrankung nach neoadjuvanter Therapie

## Gute Evidenz für adjuvante Capecitabine-Therapie

**Wenn bei Patientinnen mit HER2-negativem Brustkrebs nach einer neoadjuvanten Standardtherapie die invasive Krebserkrankung persistiert, kann die adjuvante Therapie mit Capecitabine die Prognose verbessern.**

Patientinnen mit HER2-negativem Mammakarzinom haben ein etwa 20%-30%iges Rückfall-Risiko, wenn eine präoperative neoadjuvante Chemotherapie die invasive Tumorerkrankung nicht komplett beseitigt (kein pathologisch komplettes Ansprechen).

In dieser Situation wird häufig postoperativ eine Bestrahlungstherapie durchgeführt und bei Hormonrezeptor-positiver Erkrankung eine endokrine Behandlung angeschlossen. Bezüglich einer adjuvanten Chemotherapie gibt es indes kein etabliertes Vorgehen.

Capecitabine hat sich in der adjuvanten Therapie bei gastrointestinalen Tumoren bewährt. Bei metastasiertem Brustkrebs wird es in der Second Line eingesetzt, nach Versagen von Anthrazyklinen und/oder Taxanen.

In der vorliegenden Phase-3-Studie CREATE-X wurde der Wert einer adjuvanten Capecitabine-Monotherapie bei HER2-negativem primären Brustkrebs nach nicht erfolgreicher neoadjuvanter Standardtherapie (mit Antrazyklinen, Taxanen, oder beiden) untersucht. 910 Patientinnen nahmen teil. Primärer Endpunkt war das krankheitsfreie Überleben. Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen, weil der primäre Endpunkt getroffen wurde. Dieser zeigte nach fünf Jahren mit 74,1% vs. 67,6% einen signifikanten Vorteil für die adjuvante Chemotherapie. Auch bezüglich des Gesamtüberlebens (89,2% vs. 83,6%) schnitt die Capecitabine-Gruppe besser ab. Besonders profitierten Patientinnen mit sog. dreifach-negativer Erkrankung, und zwar sowohl beim progressionsfreien Überleben (69,8% vs. 56,1%) als auch beim Gesamtüberleben (78,8% vs. 70,3%). 73,4% der Patienten erlitten ein Hand-Fuss-Syndrom.

▼ WFR

Quelle: Masuda N, et al.; Adjuvant Capecitabine for Breast Cancer after Preoperative Chemotherapy. N Engl J Med 2017; 376: 2147-59