



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

32nd San Antonio Breast Cancer Symposium: Highlights aus San Antonio

Gabriel, N ; Fink, D

Abstract: Dieses Jahr fand in San Antonio, Texas, das nunmehr 32. Breast Cancer Symposium statt. Auf diesem weltweit grössten Brustkrebskongress wurden im Rahmen der General Session 51 Hauptvorträge, bei den Poster-Sessions über 1.100 Posters und zahlreiche weitere Beiträge im Rahmen von Plenary Lectures und Mini-Symposien präsentiert. Ein grosser Teil der Präsentationen und Abstracts kann direkt von der Webseite des SABCS heruntergeladen werden (www.sabcs.org).

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-46150>

Journal Article

Originally published at:

Gabriel, N; Fink, D (2010). 32nd San Antonio Breast Cancer Symposium: Highlights aus San Antonio. *Leading Opinions : Gynäkologie Geburtshilfe*, 3(2):39-40.



N. Gabriel, Zürich

32nd San Antonio Breast Cancer Symposium Highlights aus San Antonio

Dieses Jahr fand in San Antonio, Texas, das nunmehr 32. Breast Cancer Symposium statt. Auf diesem weltweit grössten Brustkrebskongress wurden im Rahmen der General Session 51 Hauptvorträge, bei den Poster-Sessions über 1.100 Posters und zahlreiche weitere Beiträge im Rahmen von Plenary Lectures und Mini-Symposien präsentiert. Ein grosser Teil der Präsentationen und Abstracts kann direkt von der Webseite des SABCS heruntergeladen werden (www.sabcs.org).

Endokrine Therapie

Am ersten Vormittag stand die endokrine Therapie im Vordergrund. D. Rea präsentierte die 5-Jahres-Daten der TEAM-Studie (Abstract #11). Es wurde in der adjuvanten Therapie 5 Jahre Exemestan upfront mit der sequenziellen Strategie Tamoxifen gefolgt von Exemestan (jeweils für 2,5 Jahre) verglichen. Nach 5,1 Jahren medianem Follow-up wurden die Resultate bei 4.868 Frauen im sequenziellen Arm und bei 4.898 Frauen im Upfront-Arm analysiert. Dabei zeigte sich weder ein signifikanter Unterschied im krankheitsfreien Überleben noch in der Time to Recurrence oder im Gesamtüberleben. Auch in der Subgruppenanalyse bezüglich Nodalstatus zeigte sich kein Unterschied zwischen den zwei Behandlungsgruppen.

J. Bliss präsentierte den Langzeit-Follow-up der Intergroup Exemestan Study (IES) nach einem medianen Follow-up von 91 Monaten (Abstract #12). Die ersten Daten dieser adjuvanten Studie, in welcher Tamoxifen für 5 Jahre versus Switch-Strategie mit Wechsel auf Exemestan nach 2–3 Jahren Tamoxifen untersucht wurde, wurden schon 2007 publiziert und zeigten sowohl ein besseres krankheitsfreies wie auch Gesamtüberleben. Diese Resultate blieben auch im Langzeit-Follow-up mit einer Nachbe-

obachtungszeit von 2,5 bis 9 Jahren nach Abschluss der Behandlung konsistent. Der Arm, in welchem auf Exemestan gewechselt wurde, zeigte insbesondere weniger Knochenmetastasen und überraschenderweise auch weniger Zweitkarzinome („non-breast“).

Eine Subgruppenanalyse der MA-17-Studie, welche den Extended Use von Letrozol nach 5 Jahren Tamoxifen untersuchte, wurde von P. Goss vorgestellt (Abstract #13). Dabei wurde das krankheitsfreie Überleben zwischen Frauen, welche zum Zeitpunkt der Diagnose noch prämenopausal waren und im Verlaufe der Behandlung postmenopausal wurden, und Frauen, welche schon zum Zeitpunkt der Mammakarzinomdiagnose postmenopausal waren, verglichen. Es wurde gezeigt, dass initial prämenopausale Patientinnen (n=889) deutlich mehr von einer erweiterten Therapie mit Letrozol bezüglich krankheitsfreien und Gesamtüberlebens profitierten als initial postmenopausale Patientinnen (n=4.277). In der prämenopausalen Patientinnengruppe profitierten im Vergleich zur postmenopausalen Patientinnengruppe insbesondere auch nodalnegative Patientinnen deutlich von der erweiterten Behandlung und auch jene, die zwischen der Behandlung mit Tamoxifen und der erweiterten Therapie mit Letrozol einen Unterbruch von mehreren Jahren hatten. Als Schlussfol-

gerung wurde diskutiert, dass eine Patientin, welche bei Diagnosestellung des Mammakarzinoms noch prämenopausal ist und im Verlauf der Behandlung postmenopausal wird, auch bei kleinem onkologischen Risiko von einer erweiterten Behandlung mit Letrozol profitieren kann.

Adjuvante Therapie

Zur adjuvanten Therapie wurden Updates von zwei Trastuzumab-Studien präsentiert. D. Slamon präsentierte die dritte geplante Zwischenanalyse der BCIRG-006-Studie (Abstract #62), welche 4 Zyklen Doxorubicin/Cyclophosphamid gefolgt von 4 Zyklen Docetaxel (AC -> T) oder Docetaxel/Trastuzumab (AC -> TH) sowie einen dritten Arm mit 6 Zyklen Docetaxel/Carboplatin/Trastuzumab (TCH) verglich. Trastuzumab wurde jeweils für gesamthaft ein Jahr gegeben. Der mediane Follow-up umfasste 65 Monate. Bei den insgesamt 3.222 eingeschlossenen Patientinnen kam es bisher zu 656 Disease-free-Survival-Events und 348 Todesfällen. Es zeigte sich ein anhaltender, signifikanter Benefit in beiden Trastuzumab-Armen bezüglich Disease-free Survival (84% für AC -> TH bzw. 81% für TCH versus 75% für AC -> T) und Overall Survival (92% für AC -> TH bzw. 91% für TCH versus 87% für AC -> T). Allerdings waren

das DFS und das OS in der nodalnegativen Subgruppe für TCH versus AC -> T knapp nicht signifikant besser, bei jedoch bisher einer kleinen Anzahl von Ereignissen in dieser Subgruppe. Der TCH-Arm zeigte deutlich weniger hämatologische Toxizität und nicht hämatologische Nebenwirkungen wie Erbrechen, Gelenk- und Muskelschmerzen und Stomatitis. Es trat in der gesamten Studienpopulation kein Todesfall aus kardialen Gründen auf. Allerdings zeigten sich im AC -> T-Arm signifikant mehr schwerwiegende Abfälle der linksventrikulären Funktion (21 Ereignisse vs. 4 für TCH und 7 für AC -> T). Der AC -> T-Arm zeigte im Vergleich zu TCH ebenfalls signifikant häufiger eine Abnahme der LVEF um mehr als 10%. Zudem traten in den Anthrazyklin-Armen bisher 8 akute Leukämien auf. In der Schlussfolgerung wurde diskutiert, dass durch TCH praktisch der gleiche onkologische Benefit mit weniger Kurz- und Langzeittoxizität erreicht werden kann, insbesondere bei den Tumoren, welche Topoisomerase-IIa nicht koamplifizieren (ca. 35% in dieser Studienpopulation).

Das zweite Update einer adjuvanten Trastuzumab-Studie wurde von E. Perez präsentiert (Abstract #80). Sie präsentierte die Daten der NCCTG-N9831-Studie, welche AC gefolgt von Paclitaxel (AC -> T) versus AC gefolgt von Paclitaxel und im Anschluss Trastuzumab für ein Jahr (AC -> T -> H) bzw. AC gefolgt von Paclitaxel/Trastuzumab untersuchte, wobei Trastuzumab mit Paclitaxel zusammen begonnen wurde und ebenfalls für die Dauer von gesamthaft einem Jahr gegeben wurde (AC -> T/H -> H). Für den Vergleich zwischen AC -> T versus AC -> T -> H wurden gesamthaft 2.448 Patientinnen eingeschlossen bei einem medianen Follow-up von 5,5 Jahren. Es zeigte sich ein signifikant besseres 5-Jahres-DFS für den Trastuzumab-Arm (AC -> T -> H 80% vs. AC -> T 72%). In die zwei Trastuzumab-Arme AC -> T -> H und AC -> T/H -> H wurden gesamthaft 1.903 Patientinnen eingeschlossen und das DFS bei einem medianen Follow-up von 5,3 Jahren verglichen. Es zeigte sich, dass der Effekt der Trastuzumab-Therapie mit dem frühzeitigen Beginn nochmals signifikant verbessert werden kann (5-Jahres-DFS AC -> T/H -> H 84% vs. AC -> T -> H 80%).

Metastasiertes Mammakarzinom

In der Therapie bei metastasiertem Mammakarzinom wurde der Wechsel auf Lapatinib bei Tumorprogression unter Trastuzumab-Therapie (Mono- oder Kombinationstherapie) untersucht (K. Blackwell, Abstract #61). Je 148 Patientinnen wurden entweder in einen Lapatinib-Monotherapie-Arm (1.500mg/d) oder einen Kombinationsarm Lapatinib/Trastuzumab (Lapatinib 1.000mg/d & Trastuzumab 2mg/kg KG/Woche) randomisiert mit möglichem Cross-over bei Tumorprogression im Monotherapie-Arm. Neben der schon am ASCO 2008 präsentierten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens für den Kombinationsarm konnte nun auch eine signifikante Verbesserung des Gesamtüberlebens gezeigt werden (9,5 Monate vs. 14 Monate). Zudem wurden die Gesamtüberlebensdaten der AVADO-Studie gezeigt (D. Miles, Abstract #41). In der First-Line-Therapie wurde Docetaxel vs. Docetaxel/Bevacizumab (7,5mg/kg KG) vs. Docetaxel/Bevacizumab (15mg/kg KG) untersucht. Die Daten bezüglich progressionsfreien Überlebens sind schon publiziert und zeigen eine statistisch signifikante Verbesserung für den Arm mit 15mg/kg KG Bevacizumab von knapp 2 Monaten. Im Gesamtüberleben konnte nun kein Unterschied zwischen den drei Armen nachgewiesen werden. In der RIBBON-2-Studie wurde die Wirkung von Bevacizumab in der Second-Line-Therapie untersucht (A. Brufsky, Abstract #42). Bei 684 Patientinnen wurde die Second-Line-Chemotherapie mit Taxanen, Gemcitabin, Capecitabin oder Vinorelbin mit entweder Bevacizumab oder Placebo kombiniert. Es konnte eine signifikante Verbesserung des progressionsfreien Überlebens von 7,2 versus 5,1 Monaten in der Bevacizumab-Gruppe ge-

zeigt werden. Ein Vorteil im Gesamtüberleben zeigte sich bisher nicht.

Lifestyle und Mammakarzinom

Bezüglich Einfluss von Lifestyle-Änderungen wurden zwei Studien zu Alkoholkonsum und Adipositas bei Mammakarzinompatientinnen vorgestellt. Vermehrter Alkoholkonsum ist als Risikofaktor zur Entwicklung eines Mammakarzinoms mehrmals nachgewiesen worden. Im Rahmen der „Life After Cancer Epidemiology(LACE)“-Studie, welche in Nordkalifornien durchgeführt wurde, wurde der Einfluss von Alkoholkonsum auf das Outcome bei 1.898 Brustkrebspatientinnen prospektiv untersucht (Abstract #17). Es zeigte sich, dass vermehrter Alkoholkonsum (>6g/d) im Vergleich zu geringem (≤0,5g/d) oder fehlendem Alkoholkonsum mit einem höheren Risiko eines Brustkrebsrückfalls und einem höheren Risiko, an Brustkrebs zu sterben, assoziiert war. Vor allem betroffen waren postmenopausale Patientinnen, welche mehr als zwei Gläser Wein pro Tag konsumierten. Eine weitere Untersuchung bezüglich Lifestyle wurde von der Danish Breast Cancer Cooperative Group präsentiert (Abstract #18). Dabei wurde der Einfluss von Adipositas auf das Outcome bei 53.816 Mammakarzinompatientinnen untersucht. Es wurde dabei bestätigt, dass ein BMI >25 mit einem schlechteren Outcome assoziiert ist. Einerseits hatten adipöse Patientinnen schon bei Diagnosestellung fortgeschrittenere Tumore, andererseits war das Risiko, eine Fernmetastasierung zu entwickeln, deutlich höher. Insbesondere zeigte sich, dass dieses Risiko vor allem nach 10 Jahren Follow-up im Vergleich zu normalgewichtigen Patientinnen deutlich höher war. Auf die Lokalrezidivrate hatte der BMI keinen Einfluss.



Riverwalk in San Antonio

© Bettina Reich

Autoren: N. Gabriel, D. Fink

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Natalie Gabriel

1. Oberärztin der Klinik für Gynäkologie

UniversitätsSpital Zürich

Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

Natalie.Gabriel@usz.ch

Quelle: 32nd Annual San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS)

9.-13. Dezember 2009, San Antonio

LOonk100100