

Mammakarzinom

K. POSSINGER

1	Epidemiologie	309
2	Neoadjuvante Therapie	309
2.1	Dosisdichte vs. konventionelle Therapie	309
2.2	Therapie bei BRCA1-Positivität	310
2.3	Trastuzumab und Lapatinib	310
3	Adjuvante Therapie	311
3.1	Trastuzumab	311
3.2	Endokrine Therapie	312
3.3	Bisphosphonate	314
3.4	Chemotherapie	314
4	Metastasierte Situation	317
4.1	Zytostatika	317
4.2	Neue Substanzen	318
	Literatur	322

1 Epidemiologie

In Deutschland erkranken jährlich etwa 57.000 Frauen an Brustkrebs. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren. Etwa 17.600 Frauen versterben pro Jahr an dieser Erkrankung. Die 5-Jahresüberlebensrate liegt gegenwärtig bei 81% [1].

Zwar steigt weltweit nach wie vor die Brustkrebsinzidenz, doch konnten sowohl in den USA, als auch in Deutschland in jüngster Zeit Rückgänge bei Frauen der Altersgruppe von 50–60 Jahren gefunden werden. Diese Rückgänge wurden mit Verordnungsrückgängen von **Hormonersatztherapien** in Verbindung gebracht. Analoge Inzidenzverläufe wurden auch aus Neuseeland, Kanada und Frankreich berichtet. Jetzt werden entsprechende Inzidenzänderungen auch aus Norwegen und Schottland mitgeteilt. Die Fülle dieser Daten legt tatsächlich einen engen Zusammenhang zwischen Hormonersatztherapie und dem Auftreten von Mammakarzinomen in dieser Altersgruppe nahe [2, 3].

2 Neoadjuvante Therapie

Neoadjuvante Therapien sind Behandlungen der Wahl bei Patientinnen mit inflammatorischen Mammakarzinomen und lokal fortgeschrittenen Tumoren. Hier gilt es, die Tumorausbreitung möglichst effizient und rasch zu unterdrücken. Bei lokal operablen Tumoren werden neoadjuvante Behandlungen eingesetzt, um einerseits die Tumorbilogie der einzelnen Tumoren besser zu verstehen und andererseits die Wirksamkeit von Medikamenten oder Medikamentenkombinationen zu überprüfen.

Wertung: Bisher konnten noch keine Vorteile der präoperativen Behandlung gegenüber der konventionellen adjuvanten Behandlung aufgezeigt werden. Werden pathologisch komplette Tumorremissionen (pCR) sowohl in der Brust als auch in den axillären Lymphknoten erreicht, weisen diese Patientinnen gegenüber Patientinnen ohne pCR eine günstigere Langzeitprognose auf.

2.1 Dosisdichte vs. konventionelle Therapie

Im Rahmen einer randomisierten Phase-III-Studie wurde überprüft, ob eine dosisdichte Behandlung mit Epirubicin und Paclitaxel, die **dosiseskaliert** und **sequenziell** durchgeführt wird, der konventionellen 3-wöchigen Verabreichung beider Medikamente überlegen ist. Insgesamt wurden 668 Patientinnen in die Studie aufgenommen. Stratifiziert wurde nach dem