

Pressemitteilung 2/2020

Chemotherapie bei Brustkrebs: Weniger ist mehr!

Beim SABCS präsentierte Daten der WSG belegen, dass jährlich allein in Deutschland 10.000 bis 15.000 Frauen mit frühem hormonempfindlichem Brustkrebs eine unnötige, aber nebenwirkungsreiche Chemotherapie erspart werden kann.

San Antonio (Texas, USA), Mönchengladbach, 11.12.2020 – Beim weltweit größten Brustkrebskongress, dem San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS), haben Professorin Nadia Harbeck und Professor Sherko Kümmel heute richtungsweisende und praxisverändernde Ergebnisse der Studie ADAPT HR+/HER2- vorgestellt. Danach lässt sich mithilfe des bereits bekannten Recurrence Scores in Kombination mit einer dreiwöchigen präoperativen Antihormontherapie prüfen, ob ein Tumor auf diese – nach der Operation standardmäßig ohnehin verabreichten – Therapie so gut anspricht, dass auf eine zusätzliche Chemotherapie verzichtet werden kann. In der Studienpopulation war das bei ungefähr der Hälfte der rund 5.000 Patientinnen der Fall. Hochgerechnet auf die Situation in Deutschland ist Nadia Harbeck zufolge davon auszugehen, dass auf diese Weise jährlich 10.000 bis 15.000 Patientinnen identifiziert werden können, die von einer zusätzlichen Chemotherapie nicht profitieren. Falls eine Chemotherapie aber nachweislich notwendig ist, hat sich gezeigt, dass sich mit nab-Paclitaxel (das ist die proteingebundene Variante von Paclitaxel) eine deutlich höhere Rate an kompletten Remissionen erreichbar ist, wie Sherko Kümmel in einem zweiten Beitrag beim SABCS ausführte. Er konnte auch zeigen, dass Frauen mit hohem genomischen Risiko (Recurrence Score >25) von diesem Chemotherapie-Regime besonders profitieren.

Jahr für Jahr werden allein in Deutschland etwa 70.000 Frauen mit der Diagnose Brustkrebs konfrontiert. 44.000 von ihnen leiden an einer hormonempfindlichen Erkrankung, das heißt, das Wachstum des Tumors wird durch die Sexualhormone Östrogen und Progesteron beschleunigt. Jede dieser Frauen erhält deshalb nach der Operation standardmäßig eine sogenannte Antihormontherapie. Ob sie zusätzlich auch eine Chemotherapie benötigen, ist bislang nur für die Hälfte der 44.000 Patientinnen klar gewesen, nämlich solchen mit eindeutig einschätzbarem Rückfallrisiko: Patientinnen mit niedrigem Risiko benötigen keine, Patientinnen mit hohem Risiko benötigen eine zusätzliche Chemotherapie. Die andere Hälfte der Patientinnen gehört zur sogenannten intermediären Risikogruppe. Welche Frauen in dieser Gruppe von einer zusätzlichen Chemotherapie profitieren und welche nicht, ließ sich bislang nicht eindeutig sagen.

Die Ergebnisse der Studie ADAPT HR+/HER2- schaffen für Frauen in der intermediären Risikogruppe nun Klarheit. Die dazu notwendigen Messungen und Untersuchungen seien ohnehin schon Bestandteil der Brustkrebsdiagnostik, „wir haben diese Befunde bislang nur nicht genutzt“, so Nadia Harbeck bei der Pressekonferenz der WSG. Frauen mit einem HR-positiven/HER2-negativen frühen Brustkrebs mit bis zu drei befallenen Lymphknoten und einem genomisch intermediären Rückfallrisiko sollten sich vor der Operation einer dreiwöchigen Antihormonbehandlung unterziehen. Anhand einer Gewebeprobe wird der Ki-67-Wert, ein Marker für das Tumorwachstum, zunächst bei Diagnosestellung und nach der 3-wöchigen Antihormontherapie am OP-Präparat erneut bestimmt. Ist Ki-67 innerhalb dieser drei Wochen auf Werte unter 10% gefallen, reicht für die betroffene Patientin nach der Operation eine reine Antihormontherapie aus, liegt der Wert oberhalb dieser Grenze, ist eine zusätzliche Chemotherapie erforderlich.

Für Frauen in der intermediären Risikogruppe mit einem Ki-67-Wert von 10% oder weniger müssten sich mit einer Antihormontherapie ohne Chemotherapie also dieselben Behandlungsergebnisse erzielen lassen wie für Frauen aus der Niedrigrisikogruppe. Und genau das ist den Ergebnissen der Studie ADAPT HR+/HER2- zufolge der Fall: die Zeiten des krankheitsfreien und des Fernmetastasen-freien Überlebens sind in beiden Gruppen gleich, das gilt für prä- und postmenopausale Frauen und auch für Frauen mit keinem oder bis zu drei befallenen Lymphknoten.

Die Kombination einer Prüfung des genomischen Risikos mit dem Oncotype DX® und der Testung des Ansprechens auf eine Antihormontherapie anhand des Ki-67-Wertes schafft also Klarheit für alle Frauen mit einem frühen HR-positiven/HER2-negativen Mammakarzinom mit bis zu drei befallenen Lymphknoten.

Nab-Paclitaxel mit deutlich höherer Rate an pathologischen Komplettremissionen

Falls sich herausstellen sollte, dass die betroffene Patientin nach der Operation eine zusätzliche Chemotherapie benötigt, ist die Frage, von welcher Kombination sie am meisten profitiert. Die WSG hat sich diesem Thema ebenfalls im Rahmen der Studie ADAPT HR+/HER2- gewidmet und Sherko Kümmel hat die Ergebnisse ebenfalls heute beim SABCS vorgetragen.

Er konnte zeigen, dass anstelle von Paclitaxel dessen proteingebundene Variante, das sogenannte nab-Paclitaxel, zum Einsatz kommen sollte: Der Anteil der Patientinnen, die eine sogenannte pathologische Komplettremission erreichen – einen Zustand also, bei dem nach der präoperativen Therapie kein Tumor mehr nachweisbar ist –, konnte mit einem nab-Paclitaxel-haltigen Regime von 12,9% auf 20,8% gesteigert werden. Zum ersten Mal wurde darüber hinaus nachgewiesen, dass Frauen aus der Hochrisikogruppe mit einem Recurrence Score >25 besonders eindrucksvoll von der nab-Paclitaxel-haltigen Chemotherapie profitierten. Wenn der Tumor allerdings gleichzeitig einen niedrigen Ki-67-Wert aufweist, auf die Antihormontherapie also gut angesprochen hatte, dann ist das Chemotherapie-Ansprechen eher enttäuschend.

Wie geht es weiter?

Die Ergebnisse der Studie ADAPT HR+/HER2- sind richtungsweisend und praxisverändernd, wie Professorin Ulrike Nitz in ihrem Abschluss-Statement betonte. Gleichwohl gelte es, weitere offene Fragen für Frauen mit HR-positivem / HER2-negativem Brustkrebs zu beantworten. Was beispielsweise kann man Frauen anbieten, die nicht nur 3, sondern 4 oder mehr befallene Lymphknoten haben? Was ist mit Frauen mit einem hohen Recurrence Score >25, gutem Antihormon-, aber schlechtem Chemotherapie-Ansprechen? Könnten diese Gruppen möglicherweise von einer „verstärkten Antihormontherapie“ profitieren. Diese Fragen, so Ulrike Nitz, „werden derzeit in der Studie ADAPTcycle untersucht, über die wir zu gegebener Zeit berichten werden“.

Ca. 6.200 Zeichen – Abdruck honorarfrei. Belegexemplar an die WSG erbeten.

Journalisten finden aktualisierte Informationen für ihre Berichterstattung unter www.ADAPT-Mediathek.de.

Ihr Ansprechpartner bei der WSG

Michael Städele

Director Business Development and Operations

T 0049. 2161. 566 23-10

F 0049. 2161. 566 23-19

E presse@ADAPT-Mediathek.de

Westdeutsche Studiengruppe WSG

Wallstraße 10

41061 Mönchengladbach

Über die WSG: Die Westdeutsche Studiengruppe (WSG) ist eine nationale Forschungseinrichtung mit den Schwerpunkten Design, Organisation und Durchführung von klinischen Studien im Bereich Mammakarzinom. Ziele unserer Studien sind die Optimierung bestehender Therapien hinsichtlich Wirksamkeit und Verträglichkeit, Vermeidung unnötiger Therapien und eine Individualisierung der Brustkrebstherapie.

Über ADAPT: Das ADAPT-Studienprogramm untersucht Möglichkeiten einer patientenspezifischen Entscheidungsfindung für die Behandlung von Brustkrebs im Frühstadium auf Basis moderner biologischer Marker.