Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V.

Dr. Steffi Busch, Mühlhausen

Neue Empfehlungen der AGO Kommission Mamma: Was war wichtig für die Praxis?

Interview mit Dr. med. Steffi Busch, Mühlhausen

Das diesjährige State of the Art Meeting 2025 Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) fand am 08. März 2025 in Frankfurt am Main und online statt. Expert:innen der Kommission sichten alljährlich am Jahresende die Forschungsergebnisse des letzten Jahres und bewerten deren Relevanz. Es erfolgt die Integration in die aktuell gültigen Therapiealgorithmen. Die Empfehlungen werden deshalb jedes Jahr von Fachkreisen mit Spannung erwartet. Dr. Steffi Busch, Mühlhausen/Thüringen, niedergelassene Gynäko-Onkologin und BNGO-Vorstandsmitglied, war vor Ort. Sie kommentierte für uns die wichtigsten Empfehlungen für die gynäko-onkologische Praxis in der Niederlassung.

» In welchem Bereich gab es die größten Neuerungen?

Die wichtigsten Neuerungen gab es in diesem Jahr in der Lokaltherapie, und zwar bei der operativen Therapie. Deshalb war das diesjährige State of the Art Meeting der AGO Kommission Mamma heißersehnt vor allem von denjenigen Kolleg:innen, die operativ tätig sind. Viele Brustzentren in Deutschland haben an der von der Uni-Frauenklinik Rostock geleiteten INSEMA-Studie teilgenommen, und die Ergebnisse wurden bereits von Prof. Dr. Reimer in San Antonio vorgestellt [1] und parallel dazu im New England Journal of Medicine [2] publiziert. Die Studie untersuchte bei 5.502 Patientinnen mit invasivem Brustkrebs im Frühstadium den Vergleich zwischen dem vollständigen Verzicht auf eine Operation der Axilla und der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie. Die Studie sollte zeigen, dass ein Verzicht auf die bisherige Standard-Operation keine negativen Auswirkungen auf die Überlebenschancen der Patientinnen hat. Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von über 6 Jahren lag das 5-Jahres-Überleben ohne erneute invasive Erkrankung bei 91,9% in der Gruppe ohne chirurgischen Eingriff und bei 91,7% in der Gruppe mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie, wobei die Daten für eine Tumorgröße bis maximal 3 cm vorliegen. Das sind sehr gute Ergebnisse, die sicher in alle Leitlinien Eingang finden werden, weil sie dazu beitragen, chirurgische Eingriffe im Frühstadium zu reduzieren. Sehr wichtig ist, dass Patientinnen, bei denen auf eine Biopsie verzichtet wurde, signifikant weniger über Lymphödeme, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des Arms berichteten. Es wurde diskutiert, dass insbesondere Frauen, deren Brustkrebs im Rahmen des Mammografie-Screenings entdeckt wurde, an ihrem Brustzentrum anfragen, ob eine Lymphknotenentfernung bei ihnen notwendig ist. Nun hatte man natürlich erwartet und erhofft, dass die AGO-Kommission daraus eine eindeutige Empfehlung in den diesjährigen Leitlinien ableitet und viele waren enttäuscht, dass die AGO hier so vorsichtig war und in den neuen Empfehlungen zum Verzicht der Axillaoperation nur ein einfaches „+“ gegeben hat. Letztlich haben wir mitgenommen, dass man bei der postmenopausalen Hormonrezeptor-positiven (HR+), HER2-negativen (HER2-) Patientin über 50 Jahre, bei einem Tumorstadium von cT1, cN0, G1 und G2, bei der eine brusterhaltende Therapie durchgeführt worden ist und eine Ganzbrustbestrahlung geplant ist, auf die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie verzichten kann. Bei der älteren Patientin gilt das letztlich auch für Zustand nach Mastektomie, beide Empfehlungen eben analog zu den Einschlusskriterien in den SOUND- und INSEMA-Studien.

» Was war bei der Strahlentherapie neu?

Bei der Strahlentherapie hat sich bereits im letzten Jahr vieles geändert, und die Strahlentherapie wurde deutlich deeskaliert. Die Empfehlung zur hypofraktionierten Bestrahlung gilt über sämtliche Bereiche hinweg und die konventionelle Fraktionierung wurde in diesem Jahr zum ersten Mal abgewertet. In den diesjährigen Empfehlungen war das Wichtigste bei der Strahlentherapie für mich, dass auch die Lymphabflusswege hypofraktioniert behandelt werden können. Dies diskutieren wir ja immer mit den Strahlentherapeut:innen in den Brustzentren, die die Patientinnen dazu ausführlich beraten.

» Es wurde wieder gefordert, dass die Testung auf Risikogene möglichst oft erfolgen soll. Was heißt das und wie kann man das in der Praxis realisieren?

Dem muss man natürlich zustimmen. Das Wichtigste in der Praxis ist tatsächlich, immer daran zu denken und gute Beziehungen zu den humangenetischen Zentren und zur molekularen Pathologie zu pflegen. Hervorgehoben wurde z.B., dass bei PALB2-Mutation eine hervorragende Wirkung von Olaparib nachgewiesen werden konnte, die fast die Wirksamkeit bei den BRCA1- und BRCA2-mutierten Patientinnen übertrifft. Also es ist wichtig, noch

einmal zu betonen, dass man bei einer PALB2-Mutation an Olaparib denkt, wenn die Indikation dazu besteht.

» Bei der adjuvanten Systemtherapie wurde die Struktur der Empfehlungen für die 3 großen Gruppen HR+, HER2-positiv (HER2+) und triple-negativer Brustkrebs (TNBC) geändert und auf einem Dia zusammengefasst. Wie finden Sie dies?

Ich denke, das dient tatsächlich der Übersichtlichkeit und ist in der adjuvanten Situation auch gerechtfertigt. Man muss sich sicherlich erst mal dran gewöhnen, aber ich denke, das war eine gute Idee.

» Hat sich bezüglich der adjuvanten Systemtherapie etwas grundlegend geändert?

Eigentlich gab es keine grundlegenden Änderungen. Hervorzuheben ist vielleicht, dass bei HR+ Erkrankung und hohem Rezidivrisiko nun zusätzlich zur Empfehlung von Abemaciclib basierend auf den Daten der NATALEE-Studie die AGO Mamma auch Ribociclib zusammen mit endokrinbasierter adjuvanter Therapie mit einem „+“ empfiehlt. Zu beachten ist, dass Ribociclib mit 400 mg dosiert und – anders als Abemaciclib – über 3 Jahre gegeben wird. Wenn man eine der beiden Substanzen einsetzen will, muss man die jeweiligen Einschlusskriterien der Zulassungsstudien beachten.

» Wäre die neue Struktur für die Empfehlungen in der adjuvanten Systemtherapie auch eine Erleichterung für das metastasierte Mammakarzinom (mBC)?

Die von der Kommission beauftragten Expert:innen wollen es versuchen, aber aus meiner Sicht wird das für die metastasierte Situation nicht so einfach möglich sein. Die vielen neuen Therapiemöglichkeiten sind so umfangreich und komplex, dass ich mir das schwer vorstellen kann, das dies in einer vergleichbaren Übersichtsstruktur zusammengefasst werden kann.

» Was gab es Wichtiges für die gynäkoonkologische Praxis in der Systemtherapie des mBC?

Bei der metastasierenden Erkrankung haben im letzten Jahr unzählige neue Medikamente Einzug gehalten. Wichtig ist immer für die Kolleg:innen, die tagtäglich in der Praxis mit Brustkrebs-Patient:innen zu tun haben, zu schauen, was die AGO empfiehlt, was schon zugelassen ist und was noch nicht. Das ist für uns Niedergelassene immer eine wichtige Geschichte. Ein schönes Beispiel: Die Daten der in San Antonio gezeigten PATINA-Studie haben dazu geführt, dass die AGO eine „+“-Empfehlung für die Kombination von CDK4/6-Inhibitor, antihormoneller Therapie und Anti-HER2-Therapie beim HR+ und HER2-überexprimierenden Mammakarzinom ausgesprochen hat [3]. Nach der klassischen Firstline-Chemotherapie (Taxan + duale Blockade Trastuzumab/Pertuzumab) wird üblicherweise eine Erhaltungstherapie mit endokriner Therapie + duale Blockade fortgesetzt; die PATINA-Studie zeigte, dass die Hinzunahme von Palbociclib zur Erhaltungstherapie das progressionsfreie Überleben (PFS) deutlich verbessert. Es sind großartige Daten für das triple-positive Karzinom. Trotzdem müssen wir bedenken, dass wir einen Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse brauchen, dem hoffentlich stattgegeben wird.

Ansonsten tut sich vor allen Dingen viel bei den Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten (ADCs). Erstens kommen ständig neue ADCs auf den Markt und zweitens rücken sie immer weiter im Therapiealgorithmus nach vorne. Die DESTINY-Breast06-Studie (DB06) hat gezeigt, dass das HR+ Mammakarzinom nach kombinierter antihormoneller Vorbehandlung und keiner Option für eine weitere Antihormontherapie nicht unbedingt eine Chemotherapie vorher braucht, damit Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) wirkt. In der DB06 wurde vor allem gezeigt, dass auch die Ultralow-Tumoren, die nur einen ganz geringen Färbegrad an HER2-Rezeptoren aufweisen – es reicht quasi schon eine Zelle – ebenfalls einen Nutzen von T-DXd haben. Auch das wird Einzug in unseren Therapiealltag finden und ist inzwischen zugelassen.

» Was fanden Sie sonst noch besonders berichtenswert?

Aus therapeutischer Sicht begrüße ich sehr, dass es nun eine „+“-Empfehlung für die adjuvante Gabe von Osteoprotektiva gibt. Adjuvante Bisphosphonate wie Zoledronsäure oder Clodronsäure können nun bei prä- und postmenopausalen Patientinnen mit ovarieller Suppression eingesetzt werden, ohne dass ein Regress zu befürchten ist.

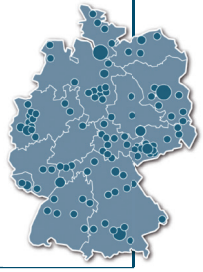
Aus persönlicher Sicht finde ich es schön, dass auch der Vorstand der AGO Kommission Mamma „weiblicher“ wird, mit Frau Prof. Dr. Fehm und Frau Prof. Dr. Ditsch als gemeinsame stellvertretende Vorsitzende. Vielen Dank an Herrn Prof. Dr. Janni für seine langjährige engagierte Arbeit und viel Erfolg an Herrn Prof. Dr. Müller, der die Kommission nun leitet.

Und mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Thomssen, ehemaliger Ordinarius in Halle und Herrn Prof. Dr. Gerber, Ordinarius in Rostock, die uns Niedergelassene im Nordosten der Republik immer mit Rat und Tat unterstützt haben, und die sich jetzt zu unserem großen Bedauern aus der Kommission verabschiedet haben. Sie haben versprochen, dass sie uns weiterhin zur Seite stehen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte
Dr. rer. nat. Petra Ortner

1. Reimer T et al. SABCS 2024, Abstr. GS2-07.
2. Reimer T et al. N Engl J Med 2025;392: 1051-64.
3. Metzger O et al. SABCS 2024, Abstr. GS2-12.

BNGO
Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V.

BNGO e.V.
Geschäftsstelle
Friedenstraße 58
15366 Neuenhagen
Tel.: 03342/42689 -70
Fax: 03342/42689 -80
E-Mail: info@bngo.de
Internet: www.bngo.de