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

SABCS 2025 – Highlights zur Systemtherapie des Mammakarzinoms für die gynäko-onkologische Praxis

Vom 09. bis 12. Dezember 2025 trafen sich in San Antonio, USA, internationale Brustkrebsexpert:innen, Patientenvertreter:innen und Arzneimittelhersteller, um neueste Daten zur Brustkrebsbehandlung auszutauschen. Dr. Georg Heinrich, in Fürstenwalde niedergelassener gynäkologischer Onkologe und BNGO-Vorstandsmitglied, berichtet über wichtige neue Studien zur Systemtherapie vom SABCS, die möglicherweise Eingang in die Therapiealgorithmen finden werden. Er konnte selbst beim SABCS-Kongress eine Arbeit zur Versorgungsforschung vorstellen, die vom BNGO initiiert und durchgeführt wurde. Den ausführlichen Bericht dazu finden Sie im Anschluss an diesen Text.

lidERA: adjuvante Therapie mit SERD beim HR+ eBC

Die lidERA-Studie mit Giredestrant zur adjuvanten Therapie des Hormonrezeptor-positiven (HR+), HER2-negativen (HER2-) frühen Mammakarzinoms (eBC) wurde in der ersten General Session als „Late Breaking Abstract" von Aditya Bardia aus Los Angeles, USA, vorgestellt [1]. Insgesamt wurden 4.170 Patientinnen im Verhältnis 1:1 randomisiert und erhielten entweder Giredestrant (30 mg 1x tägl.) als upfront-adjuvante Therapie oder eine etablierte endokrine Standardtherapie mit Tamoxifen oder einem Aromatase-Inhibitor (AI). Giredestant ist ein Vertreter der oralen selektiven Östrogenrezeptor-Degrader (SERDs), der zu einer irreversiblen Inaktivierung des Östrogenrezeptors (ER) führt. Die Studie erreichte ihren primären Endpunkt: Das invasive krankheitsfreie Überleben (iDFS) wurde unter Giredestrant signifikant verbessert (HR=0,70; relative Risikoreduktion 30%; p=0,0014). Darüber hinaus zeigte sich eine relative Reduktion des Risikos für das Auftreten von Fernmetastasen um 31%. Dieser signifikante Vorteil gegenüber dem seit mehr als 20 Jahren etablierten, antihormonellen Standard wurde vom Auditorium mit Szenenapplaus bedacht.

Fazit
Die Sicherheitssignale stimmen optimistisch: Therapieabbrüche waren im Giredestrant-Arm deutlich seltener als unter endokriner Standardtherapie. Zu bemerken ist, dass die Rolle der CDK4/6-Inhibition nicht in die Studie einfloss. Hier müssen laufende, sequenzielle Untersuchungen, z.B. die rekrutierende adjuvante ELEGANT-Studie abgewartet werden. Die Diskutantin Lisa Carey, Chapel Hill, USA, hob die momentan hohen Kosten von Giredestrant im Vergleich zu Tamoxifen und AIs hervor. SERDs haben das Potenzial, den gegenwärtigen Standard beim HR+ eBC zu verändern.

evERA und ELEVATE: Neue Kombinationen beim HR+ mBC

Die SERDs haben bereits Einzug in die aktuellen Therapiekonzepte des metastasierten Mammakarzinoms (mBC) gehalten. Als erster Vertreter dieser Substanzklasse wurde in Europa Elacestrant zur Therapie des ESR1-mutierten, rezidivierten mBC zugelassen. Hierzu liegen bereits aussagekräftige Publikationen auch aus dem Real-World-Setting vor [2, 3]. Neue Studienkonzepte mit SERDs beim HR+ mBC zielen auf die Kombination mit bekannten Inhibitoren, z.B. gegen mTOR oder CDK4/6 ab.

evERA-Studie

In der General Session 3 wurden klinische und Biomarkeranalysen aus der evERA-Studie von Hope Rugo, Duarte, USA, gezeigt [4]. Eingeschlossen wurden metastasierte, ER+, HER2- Patientinnen mit bis zu 2 vorherigen endokrinen Behandlungen. Eine Chemotherapie im fortgeschrittenen Stadium war nicht erlaubt. Randomisiert wurden 373 Patientinnen 1:1 zur Standardhormontherapie (AI, Fulvestrant, Tamoxifen) mit Everolimus 10 mg/d oder zum SERD Giredestrant mit Everolimus 10 mg/d. Als primäre Co-Endpunkte waren Prüfarzt-kontrolliertes progressionsfreies Überleben (PFS) in der Intention-to-treat (ITT)- und der ESR1-mutierten Subgruppe definiert. Diese Ziele wurden in beiden Populationen zugunsten von Giredestrant und Everolimus erreicht (ESR1mut-Population: 9,99 vs. 5,45 Monate medianes PFS; HR=0,38; p<0,0001; ITT-Population: 8,77 vs. 5,49 medianes PFS; HR=0,56; p<0,0001). Diese Ergebnisse waren unabhängig vom PIK3Ca/AKT/PTEN-Mutationsstatus, der Dauer (< oder > 12 Monate) der vorherigen CDK4/6-Inhibitor-Therapie oder von der Art des verwendeten Inhibitors (Palbociclib, Abemaciclib oder Ribociclib).

Die Toxizitäten waren getriggert durch den Kombinationspartner Everolimus in beiden Armen: es traten insbesondere die hierfür bekannte Stomatitis, Diarrhoe, Anämie und Nausea auf.

Fazit
Giredestrant mit Everolimus stellt eine mögliche neue Option zur Therapie von progredientem, hormonabhängigem mBC dar. Allerdings erfordern die Nebenwirkungen ein sorgfältiges Therapiemanagement.

ELEVATE-Studie

Ein interessantes Format beim diesjährigen SABCS stellten die „Rapid Fire Sessions" dar, wo in kurzer Zeit komprimiert neue Studiendaten mit „hohem klinischen Impact" oral präsentiert werden konnten. In der Rapid Fire Session 7 stellte ebenfalls Hope Rugo erste Daten zur ELEVATE-Studie vor [5]. In dieser 4-armigen open-label „Umbrella-Studie" der Phase II wurde der orale SERD Elacestrant in Kombination mit entweder Everolimus 7,5 mg, Abemaciclib 150 mg, Ribociclib 400 mg oder Capivarsertib 320 mg getestet. Eingeschlossen wurden prä- und postmenopausale Patientinnen sowie Männer mit HR+, HER2- mBC, die in der fortgeschrittenen Situation bereits 1-2 Linien einer endokrinen Therapie mit oder ohne vorherige CDK4/6-Inhibition erhalten hatten. Auf dem SABCS 2025 wurden die Ergebnisse der Kohorten mit Elacestrant in Kombination mit Everolimus sowie mit Abemaciclib vorgestellt.

Die Kombination Elacestrant und Everolimus (n=50) zeigte nach einem medianem Follow-up von 4,2 Monaten eine Krankheitskontrollrate (DCR) von 82,9% sowie eine mittlere Ansprechdauer (DOR) von 8,54 Monaten. Auch hier waren die häufigsten, für Everolimus typischen und erwarteten Nebenwirkungen Stomatitis, Nausea, Diarrhoe, Fatigue und Erbrechen. Die Kombination aus Elacestrant und Abemaciclib (n=60) zeigte nach einem medianen Follow-up von 8,6 Monaten eine DCR von 91,2% sowie eine mittlere DOR von 14,75 Monaten.

Hier waren die häufigsten Nebenwirkungen die für Abemaciclib erwarteten Nebenwirkungen Diarrhoe, Nausea, Fatigue und Erbrechen. Hämatologisch traten Anämie und Neutropenie auf, welche für die CDK4/6-Inhibitoren typisch sind.

Fazit
Elacestrant bietet damit ein potenzielles endokrines Backbone für die rein orale Kombinationstherapie mit Everolimus und Abemaciclib. Phase-III-Daten müssen abgewartet werden.

HER2climb-05: Erhaltungstherapie beim HER2+ mBC

Für die Firstline-Therapie des HER2+ mBC ist nach den Ergebnissen der CLEOPATRA-Studie die initiale Taxan- und Erhaltungstherapie mit Trastuzumab und Pertuzumab der Standard. Erika Hamilton, Nashville, USA, präsentierte nun beim SABCS die Ergebnisse der prospektiv randomisierten, doppelblinden HER2climb-05-Studie [6]. Getestet wurde der Tyrosinkinase-Inhibitor (TKI) Tucatinib in der Dosierung 300 mg/d gegen Placebo als zusätzliche Erhaltungstherapie. Primäres Studienziel war das Prüfarzt-kontrollierte iPFS nach RECIST 1.1. Insgesamt wurden 654 Patientinnen, die nach 4-8 Zyklen einer Taxan-basierten Chemotherapie unter laufender Erhaltung mit Trastuzumab und Pertuzumab eine Krankheitskontrolle erreicht hatten, im Verhältnis 1:1 randomisiert. Das primäre Ziel der Studie, das PFS, wurde signifikant verbessert (24,9 vs. 16,3 Monate; p<0,0001) zugunsten der additiven TKI-Therapie. Für das Gesamtüberleben (OS) zeigte sich ein numerischer Vorteil zugunsten von Tucatinib; der mediane OS-Wert war zum Zeitpunkt der Analyse aufgrund der Datenunreife noch nicht erreicht. Die Nebenwirkungen blieben mit Diarrhoe, Nausea und Leberwertveränderungen im erwarteten Bereich.

Fazit
Die Studie kann zu einer möglichen Erweiterung des therapeutischen Spektrums in der Erhaltungstherapie des HER2+ mBC führen. Vorbehaltlich der Zulassung von Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) als Firstline-Therapie könnte die additive Tucatinib-Therapie zur dualen HER2-Blockade insbesondere für Hochrisiko-Patientinnen mit hoher Metastasenlast oder ausgeprägter Symptomatik eine relevante Option darstellen. Alternative Secondline-Therapien, z.B. mit T-DXd sind neben diesem additiven Konzept mit Tucatinib zu erwägen. Ob die erhöhte Toxizität durch den TKI das verbesserte PFS rechtfertigt, bedarf der individuellen Entscheidung durch Patientin und Therapeut:innen.

LONGTERM: Real-world-Daten des BNGO bei HER2+ BC

Trotz der Verfügbarkeit großer zulassungsrelevanter Therapiestudien – insbesondere der CLEOPATRA-Studie und der darauf basierenden Einführung der dualen HER2-Blockade in Europa im Jahr 2013 – lagen bislang nur begrenzte Real-world-Daten zu detaillierten Patientencharakteristika, tatsächlich eingesetzten Therapieschemata sowie additiven Behandlungsstrategien vor. Im Zusammenhang mit der Firstline-Therapie des HER2+ BC konnte Dr. Heinrich stellvertretend für den BNGO beim diesjährigen SABCS Real-world-Daten vorstellen, die in 23 Einrichtungen des BNGO in Deutschland erhoben wurden [7]. In der LONGTERM-Studie wurden Patientinnen mit HER2+ mBC analysiert, die zwischen 2010 und 2020 diagnostiziert und in der Erstlinientherapie behandelt worden waren. In die Auswertung eingeschlossen wurden ausschließlich Patientinnen mit einem PFS von mehr als 18 Monaten unter der initialen systemischen Therapie. Ziel dieser retrospektiven Datenerhebung war es, praxisnahe Informationen zu generieren, die eine bessere Therapieprädiktion im klinischen Alltag unterstützen können. 95 Patientinnen waren auswertbar. 66,3% der Patientinnen waren vorher bereits an Mammakarzinom erkrankt, die Mehrheit mit initialem HER2+ Status, eine de-novo-Metastasierung trat in 33,7% der Fälle

auf. Die häufigsten Metastasen-Lokalisationen waren Knochen (n=44), Lunge (n=35), Leber (n=26) und distante Lymphknoten (n=26). 14 Fälle mit zerebraler Metastasierung und Progressionsfreiheit > 18 Monate wurden erfasst. In Kombination mit Anti-HER2-Medikamenten wurde in 71 Fällen die Chemotherapie durchgeführt, überwiegend mit Taxanen (Docetaxel 39, Paclitaxel 28 Fälle). In 63 Fällen wurde die duale Blockade, gemäß des CLEOPATRA-Protokolls eingesetzt, 31 Patientinnen erhielten eine Monotherapie mit Trastuzumab, 9 Patientinnen bekamen T-DM1 und je eine Patientin wurde mit T-DXd oder Lapatinib behandelt. Bemerkenswert war, dass 60 der 95 Patientinnen eine simultane, antihormonelle Therapie erhielten.

Fazit

Die vorliegenden Ergebnisse aus der Praxisrealität spiegeln die kontinuierliche Weiterentwicklung der Erstlinientherapie des HER2+ mBC im untersuchten Zeitraum wider und zeigen die moderne Umsetzung der Studien in unseren BNGO-Einrichtungen. Neue Therapieoptionen, insbesondere Antikörper-Wirkstoff-Konjugate (ADCs) wie T-DXd, werden sich künftig nicht nur hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, sondern auch im Hinblick auf Lebensqualität und Nebenwirkungsprofil an den langjährig etablierten Therapiestandards messen lassen müssen.

ASCENT-07: Option beim hormonrefraktären Tumor

Kamal Jhaveri, New York, USA, präsentierte in der ersten General Session die Ergebnisse der prospektiv randomisierten Phase-III-Studie ASCENT-07, in der das ADC Sacituzumab govitecan (SG) mit einer Chemotherapie nach Wahl des behandelnden Arztes (Treatment of Physician's Choice, TPC; Capecitabin, Paclitaxel oder nab-Paclitaxel) verglichen wurde [8]. In ASCENT-07 wurden 690 Patientinnen eingeschlossen, die sich in der metastasierten Situation nach mindestens 2 antihormonellen Therapielinien als endokrin refraktär erwiesen hatten, und noch keine vorherige Chemotherapie im fortgeschrittenen Stadium erhalten hatten. Einschlusskriterien waren entweder ein Progress innerhalb von 6 Monaten nach antihormoneller Erstlinientherapie in der metastasierten Situation oder das Auftreten von Fernmetastasen innerhalb von 24 Monaten nach adjuvanter endokriner Therapie, wobei eine erneute endokrine Therapie nicht mehr als sinnvoll erachtet wurde. Die Randomisierung erfolgte im Verhältnis 2:1 zugunsten von SG gegenüber TPC. Primärer Endpunkt der Studie war das durch ein unabhängiges Bewertungskomitee bestätigte PFS. Nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von über 20 Monaten zeigte sich keine signifikante Überlegenheit von SG gegenüber der Vergleichschemotherapie bei rein endokrin vorbehandelten Patientinnen (medianes PFS in beiden Armen jeweils 8,3 Monate; HR=0,85; p=0,13). Damit verfehlte die Studie ihren primären Endpunkt und ist als negativ zu werten. Im sekundären Endpunkt zeigte sich ein numerischer, jedoch statistisch nicht signifikanter Trend zugunsten von SG im OS; die OS-Daten waren aber zum Zeitpunkt der Präsentation mit einer Ereignisrate von 27% noch unreif. Positiv hervorzuheben ist die transparente Präsentation dieser negativen Studienergebnisse durch die Studiengruppe. Hinsichtlich der Sicherheit traten unter SG erwartungsgemäß höhere Raten therapieassoziierter Nebenwirkungen auf, insbesondere Neutropenie, Alopezie, Nausea und Diarrhoe. Die häufigsten Nebenwirkungen von Grad ≥ 3 waren Neutropenie, Leukopenie und Anämie.

Fazit

Aus klinischer Sicht unterstreichen diese Daten, dass SG in dieser Therapielinie funktionell wie eine Chemotherapie zu behandeln ist. Eine konsequente supportivmedizinische Begleittherapie, einschließlich einer leitliniengerechten Antiemese (Dreifachkombination) sowie einer großzügigen Indikationsstellung für G-CSF, ist essenziell. Alternativen nach Ausschöpfung von 2 endokrinen Therapielinien stellen je nach molekularem Profil eine Behandlung mit T-DXd bei HER2-low- oder -ultra-low-Expression oder eine Monochemotherapie dar. Sofern die Optionen der endokrinen Kombinationstherapien mit z.B. einem PIK3CA-/AKT-Inhibitor oder einem SERD noch nicht vollständig genutzt wurden, sollten diese im Sinne einer besseren Lebensqualität bevorzugt eingesetzt werden. Bei nachgewiesener BRCA-Mutation sollte immer auch über einen PARP-Inhibitor nachgedacht werden, sofern dieser nicht schon vorher eingesetzt wurde.

Zusammenfassung

Insgesamt verdeutlichen die auf dem SABCS 2025 präsentierten Daten, dass sich die systemische Therapie des frühen und metastasierten Mammakarzinoms weiterhin dynamisch entwickelt und etablierte Behandlungsstandards in mehreren Subgruppen künftig neu definiert werden könnten.

Der Beitrag wurde gemeinsam von Dr. Georg Heinrich, Fürstenwalde, Dr. Steffi Busch, Mühlhausen, Dr. Björn Beurer, Potsdam, und Dr. rer. nat. Petra Ortner, München/Tegernsee erstellt.

Quelle: San Antonio Breast Cancer Symposium, 09.-12.12.2025, San Antonio, USA

1. Bardia A et al. SABCS 2025, Abstr. GS1-10.
2. Rugo HS et al. Clin Cancer Res OF1-OF9.
3. Lloyd MR et al. Clin Cancer Res OF1-OF10.
4. Rugo HS et al. SABCS 2025, Abstr. GS3-09.
5. Rugo HS et al. SABCS 2025, Abstr. RF7-01.
6. Hamilton E et al. SABCS 2025, Abstr. GS1-01.
7. Heinrich G et al. SABCS 2025, Abstr. PS5-02-14.
8. Jhaveri K et al. SABCS 2025, Abstr. GS1-098.

SABCS 2025: BNGO stellt LONGTERM-Studie vor

Beim San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) 2025, dem größten Brustkrebskongress mit über 11.000 Teilnehmenden weltweit, konnte der BNGO erneut Daten aus einer Analyse von in den Praxen erhobenen Patientendaten präsentieren. Dr. Georg Heinrich, BNGO-Vorstandsmitglied und in Fürstenwalde niedergelassen, stellte in einer Postersession stellvertretend für die 21 teilnehmenden BNGO-Praxen Real-world-Daten aus Deutschland vor (Abb. 1). Sie zeigen, dass auch bei Behandlung im klinischen Alltag in gynäkoonkologischen Praxen in der Niederlassung lange progressionsfreie Intervalle erreicht werden und die Daten weitgehend den Ergebnissen klinischer Studien entsprechen.

Die retrospektive, multizentrische Studie LONGTERM (Long Time-Response (> 18 months) in HER2-positive metastatic breast cancer) umfasste Patientinnen mit neu diagnostiziertem HER2-positivem (HER2+) metastasierten oder inoperablen Brustkrebs, die zwischen dem 01. Januar 2010 und dem 31. Juli 2020 in den BNGO-Zentren dokumentiert wurden.

Einführung

Die Prognose von Patientinnen mit HER2+ metastasiertem Brustkrebs (mBC) hat sich in den letzten 2 Jahrzehnten durch die Einführung von HER2-gerichteten Therapien grundlegend verbessert. Die duale HER2-Blockade mit Trastuzumab und Pertuzumab in Kombination mit einem Taxan hat sich als Standard der Erstlinientherapie etabliert und führte zu anhaltenden Remissionen und einer Verlängerung des medianen Gesamtüberlebens (OS) auf mehr als 5 Jahre in der wegweisenden CLEOPATRA-Studie [1, 2].

Dennoch spiegeln Daten aus kontrollierten Studien möglicherweise nicht vollständig die Vielfalt der Patientenmerkmale, Komorbiditäten und Behandlungsansätze wider, die im klinischen Alltag beobachtet werden. Real-world-Daten sind daher unerlässlich, um Studienergebnisse zu ergänzen und die Langzeitwirksamkeit von Anti-HER2-Therapien außerhalb kontrollierter Bedingungen zu bewerten.

Zielsetzung

LONGTERM hatte zum Ziel, Patientinnen in der ambulanten Routineversorgung zu identifizieren und zu charakterisieren. Durch die Analyse klinischer Daten aus 23 Zentren zwischen 2010 und 2020 beschreibt die Studie die Ausgangsmerkmale, Therapiemuster und den Krankheitsverlauf bei Patientinnen mit einem progressionsfreien Überleben (PFS) von über 18 Monaten. Diese Analyse sollte eine realistische Perspektive auf die dauerhafte Krankheitskontrolle bei HER2+ mBC und deren Relevanz für aktuelle Behandlungsalgorithmen bieten.

Abb. 1: Erstautor Dr. Georg Heinrich und Zweitautorin Dr. Steffi Busch der LONGTERM-Studie beim SABCS 2025 in San Antonio (© Foto: privat).

Einschlusskriterien

Teilnahmeberechtigt waren Patientinnen mit bestätigtem HER2-IHC 3+- und/oder ISH-positivem Status, die eine Anti-HER2-Therapie als Erstlinientherapie erhielten und ein PFS von > 18 Monaten gemäß klinischer oder radiologischer Beurteilung (RECIST 1.1) erreichten. Patientinnen ohne bestätigten HER2+ Status oder mit Progression innerhalb von 18 Monaten nach Erstdiagnose wurden ausgeschlossen. Patienten-, Tumor- und Therapiecharakteristika wurden deskriptiv analysiert.

Methodik

Die Datenerhebung erfolgte retrospektiv vom 01. März 2022 bis zum 31. Dezember 2023 anhand bestehender elektronischer Patientenakten; es wurden keine zusätzlichen Informationen erhoben. Die Quelldaten wurden pseudonymisiert und in ein elektronisches Fallberichtsformular (eCRF) übertragen, das von der HERACLIN GmbH, der CRO des BNGO ausgewertet und gehostet wird.

Ergebnisse

111 Patientinnen, die im Zeitraum 2010-2020 den o.g. Ausgangsmerkmalen, Therapiemuster und einem PFS von > 18 Monaten entsprachen, wurden in 23 BNGO-Zentren gescreent, 95 konnten in die retrospektive Datenanalyse eingeschlossen werden. Zu Beginn der Firstline-Therapie erhielten 71 Patientinnen als Partner der Anti-HER2-Therapie eine Chemotherapie und 24 eine andere Kombinationstherapie. Die meisten Chemotherapiepatientinnen erhielten ein Taxan (41% Docetaxel, 29,5% Paclitaxel), 60 Patientinnen erhielten simultan zur Anti-HER2-Therapie eine

antihormonelle Therapie. Die HER2-gerichtete Therapie bestand aus Trastuzumab + Pertuzumab (63 Patientinnen), Trastuzumab mono (31 Patientinnen), T-DM1 (9 Patientinnen) und jeweils eine Patientin erhielt T-DXd bzw. Lapatinib (Abb. 2).

Diskussion

Die Analysen zeigen die Merkmale von Langzeit-Respondern (> 18 Monate bis zum Fortschreiten der Erkrankung, Tod oder Therapieabbruch). Diese Beschreibung der Kohorten-Merkmale kann dazu beitragen, den Krankheitsverlauf vor Therapiebeginn vorherzusagen bei zukünftig behandelten Patientinnen. Die in dieser Analyse beschriebenen Medikamente spiegeln die Therapieentwicklung während des Beobachtungszeitraums wider.

Alle Patientinnen dieser Kohortenanalyse erhalten eine Anti-HER2-Therapie, die meisten in einer Kombination aus Trastuzumab und Pertuzumab. Bei positivem Hormonrezeptor-Status wurde in den meisten Fällen eine antihormonelle Therapie sequenziell nach der Chemotherapie verabreicht. Die initiale Chemotherapie und die Langzeit-Anti-HER2-Therapie ermöglichen den Patientinnen eine gute Lebensqualität über einen langen Zeitraum.

Neu entwickelte Anti-HER2-Medikamente wie Trastuzumab-Deruxtecan für die Erstlinientherapie müssen mit dem aktuellen Standard verglichen werden. Eine gute Therapietreue im chronischen Stadium ist die Herausforderung zukünftiger Therapien. Die im BNGO-Netzwerk eingesetzten Medikamente entsprechen im Beobachtungszeitraum den aktuellen internationalen Therapieleitlinien wie ASCO, NCCN und AGO (Deutschland). Das deutsche BNGO-Netzwerk ist in der Lage, Patientenmerkmale und Therapien zu beschreiben, die mit internationalen Standards vergleichbar sind.

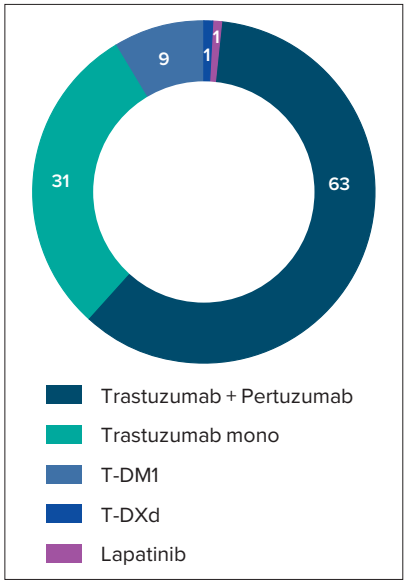


Abb. 2: Firstline-Kombinationen mit Anti-HER2-Therapie in der LONGTERM-Analyse (mod. nach Heinrich G et al. SABCS 2025, Abstr. PS5-02-14.)

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die LONGTERM-Analyse beschreibt Patientinnen mit HER2+ metastasiertem oder inoperablem Brustkrebs, die in der ambulanten Routineversorgung in Deutschland nach Erstlinientherapie ein PFS von mehr als 18 Monaten erreichten. Die meisten Patientinnen erhielten eine Trastuzumab-basierte Therapie, häufig in Kombination mit Pertuzumab und einem Taxan, entsprechend nationalen und internationalen Behandlungsstandards. Bei Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs wurde in der Regel zusätzlich eine endokrine Therapie durchgeführt. Die Ergebnisse bestätigen, dass lange progressionsfreie Intervalle auch im klinischen Alltag reproduzierbar sind und weitgehend den Ergebnissen klinischer Studien entsprechen. Es wurden keine unerwarteten Behandlungsmuster identifiziert. Neue Therapieoptionen, einschließlich Antikörper-Wirkstoff-Konjugate, müssen sich mit dieser etablierten Therapie messen. Die Studie belegt zudem die Machbarkeit der retrospektiven Dokumentation innerhalb des BNGO-Netzwerks zur Evaluation von Langzeitergebnissen im klinischen Alltag.

Dr. rer. nat. Petra Ortner

Quelle: Heinrich G et al. SABCS 2025. Poster Session 5, Abstr. PS5-02-14.

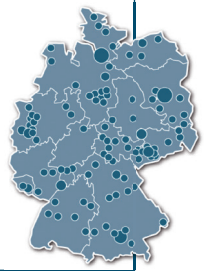
1. Swain SM et al. N Engl J Med 2015;372:724-34.
2. Swain SM et al. Ann Oncol 2020;31:579-88.

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



BNGO-Hauptstadtkongress 2026

Der 14. BNGO-Hauptstadtkongress findet am 19. + 20. Juni 2026 traditionsgemäß im Hotel Maritim pro Arte in Berlin statt.
Save the date!