

14:10-15:40 **Systemische Therapie des frühen Mammakarzinoms (I)**

14:10 Aktuelle Standards der (postneo-)adjuvanten systemischen Therapie und Möglichkeiten Response-adaptierter Therapien 2024

14:30 Die Behandlungsmöglichkeiten für HER2+ Tumore erweitern - Flamingo-01 und TruDy/DESTINY-Breast05

14:45 Sacituzumab Govitecan in der postneoadjuvanten Behandlung bei hohem Rückfallrisiko - SASCIA

15:00 Selektive Estrogenrezeptor-Degrader (SERDs) - eine vielversprechende Strategie beim Hormonrezeptor (HR)-positiven Mammakarzinom
Kontroversen und Unsicherheiten

Vorsitz: Prof. Dr. Toralf Reimer + Dr. Sabine Schmatloch

Prof. Dr. Wolfgang Janni

Prof. Dr. Marcus Schmidt

Prof. Dr. Frederik Marmé

Prof. Dr. Elmar Stickeler

Panel: Alle

Fallvorstellung: Prof. Dr. Michael Untch

63jährige Patientin, postmenopausal → Sentinel → Axillaop ?

**Auswärtige Anfrage einer Kollegin aus einem Brustzentrum in NRW:
Multizentrisches Mammakarzinom rechts, NST und lobulär sowie DCIS**

Letrozol upfront seit 15.06.2023

cT1c(m) + pTis cN0 G2, ER und PR pos, KI 67 8 %, M0

TNM postOp: ympT2 (maximal 2,6 cm), pN1a (1/1 sn), G2 M0, L0, V0, Pn0

R-Status R0 (pathologisch R1 nach dorsal, klinisch R0, da Faszie entfernt, 0,1cm ventral)

Frage: reicht ein positiver Sentinel LK für die weitere Therapieentscheidung ?

Begründung:

Bei multifokalem, lobulärem Mammakarzinom Axilladisektion bei befallenem LK durchführen.

Häufig sind bei lobulärem Mammakarzinom mehrere LK befallen, daraus ergibt sich die Indikation zur weiteren Systemtherapie (zum Beispiel: Thoraxwandbestrahlung, Abemaciclib, Chemotherapie) .

Sollte es nur bei einem befallenen LK bleiben, reicht eine alleinige endokrine Therapie.

TNM postOp

ypT2(m)(2,6 cm) ypN2a (4/10, davon sn 1/1) M0 R0 L0 V0 G2

Immunhistochemie:

Stanze 4 Uhr:

12 Uhr (NST):

Östrogenrezeptoren: positiv 100%

positiv 99%

Progesteronrezeptor: positiv 100%

schwach positiv 5%

Her-2/neu: Score 0

2+ SISH negativ

Ki67: 8%

1%

Resektat:

Östrogenrezeptoren:

IRS 12 positiv

Progesteronrezeptor:

negativ

Her-2/neu:

2+ FISH negativ

Ki67:

3-5%

Therapieempfehlung Tumorboard: Adjuvante Chemo

Abemaciclib (nach Abschluß der Radiatio) + AI

Knochendichtemessung, ggf. Bisphosphonate

Radiatio Thoraxwand und LAW (Termin 23.10.2023)

49 jährige Patientin, gesund, 2 Kinder

HR pos → TNBC

12/2017 ED Mammakarzinom links T2, N+, mit DCIS, Stanze extern, G3

ER 30 %, PR 0 %, Her2-neu negativ, WF 60 %

Z. n. PST mit 4 x EC, gefolgt von 12 x Paclitaxel

06.06.2018 BET + Axilladisektion

18.06.2018 Nachresektion

ypT1c N1(2/10; 2/5 sn; 0/5 non-sn) L0 V0 Pn0, G2

ER 0% , PR 0%, HER2/neu 0, TNBC , KI67 10%

Tumorboardentscheid vom 11.06.2018: Capecitabine, Tamoxifen (AI plus GnRh-Analoga) , Radiatio

12/018 – 11/2021 Abemaciclib im Rahmen Monarch

08/23 Narben-Rezidiv: rcT2 rcN0 rcM0, NST, TNBC, Ki 67 50% / G3

09/ - 11/23 2 Zyklen nab-Paclitaxel (Arm B) im Rahmen ASCENT 03

11/23 Lungenmetastasen, Cross Over in ASCENT 03 nicht möglich, Beginn Sacituzumab

01/2024 3 Zyklen SG verabreicht

Fragen:

Wenn Konversion nach PST HR pos → TNBC

1. Bringt die endokrine Therapie überhaupt was ?
2. Haben wir Daten aus der Sascia dazu ?
3. Daten zur Wirksamkeit von Capecitabine ?
4. Evtl Studienprotokoll SG plus Checkpoint Inhibitor ?

46 jährige Patientin, gesund, 2 Kinder HR pos → TNBC

cT2 cN1 cM0 G3

ER 30 %, PR 0 %, Her2-neu 2+, SISH negativ, WF 30 %

04-09/2023 PST 4 x EC gefolgt von 12 x Paclitaxel

25.09.2023 BET plus TAD rechts, intraoperative Bestrahlung des Tumorbettes mit 9 Gy

ypT1c ypN1a (2/11)(2/3 sn) (0/8 non-sn) L0 V0 Pn0 G3 R0

ER: Einzelzellen positiv, als negativ bewertet / PR: negativ , Her 2 0, TNBC, Ki 67 15 %

11/23 Radiatio Mamma rechts + Lymphabfluss

12/23 Beginn SASCIA-Studie, Therapiearm Capecitabin (geplant bis 05/2024)

Fragen:

- 1. Wie häufig konvertiert HR pos → TNBC nach PST**
- 2. adjuvante endokrine Therapie ?**
- 3. wenn ja, mit Abema oder evtl Ribociclib über Wider Studie ?**
- 4. BRCA Mutationstestung ? (keine familiäre Belastung) / CPS EG**

TB vom 02.10.2023:

- 1. Wiederholung Immunhistochemie bei non-PCR**
- 2. SASCIA-Studie**
- 3. AI und GnRH für 2-5 Jahre (bei Unverträglichkeit Deeskalation auf Tamoxifen+/- GnRH)**
- 4. bei pN1 und G3 Abemaciclib (CDK4/6 Inh.) adjuvant für 2 Jahre**
- 5. BRCA Mutationstestung**

50 jährige, gesunde Patientin, 2 Kinder

06/2022 ED Mammakarzinom rechts, T2, N+, TNBC, G3

ER: 10%, PR: 0

Her2-neu: 2+, negativ (ISH)

Ki67: 10 bis 24%

PST mit 4 x EC, gefolgt von 12 x Paclitaxel

04.01.2023 BET + SLN

ypT2 ypN2a (5/7, davon 2/2sn) L0 V0 Pn0 G3 R0

Rezeptorstatus am Resektat nach PST:

ER 0 %, PR 0 % , Her 2 neg, TNBC

Tumorboardentscheid vom 30.01.2023:

1. Nachbestrahlung rechte Brust mit Lymphabfluss nach IOERT
2. Einschluss SASCIA-Studie empfehlen
3. wenn SASCIA nicht gewünscht, 6 - 8 Zyklen Capecitabine postneoadjuvant
4. 05- 09/2023 7 Zyklen Capecitabine, Abbruch nach 7 von 8 Zyklen wegen Nebenwirkungen
5. Paneltestung: CHEK2= VUS

HR pos → TNBC

1. Hätte man der Patientin neoadjuvant Platin und Pembro geben sollen ?
2. Bei non pCR und TNBC Antrag an die Kasse für Pembro ?
3. Bei non pCR, Sasciastudie. Kombo SG plus Capecitabine ?
4. Bei initial ER pos und postneoadjuvant hohem Nodalbefall Abema plus endokrin ?
5. Bzw Wider Studie ?

48 jährige Patientin, 2 Kinder geboren

SASCIA Studie und Abema

ED 08/2022 Schwangerschaftsassoziertes muzinöses Mammakarzinom rechts

cT2-3 pN1 cM0 , G2, ER 90 %, PR 90 %, Her2-neu 0, WF bis 30 %, nach PST unter 1 %

PST mit 4 x EC dd, gefolgt von 12 x Paclitaxel

22.02.2023 BET + TAD, IORT

ypT1c (m) ypN1a (3/9; 2/4 sn, 1/5 non sn) L1 V0

Abstillen nach Spontangeburt am 19.08.2022

- 1. Wie häufig wurde in SASCIA bei HR pos Abema und SG verabreicht ?**
- 2. Zuerst Radiatio dann SG plus Abema ?**
- 3. Werden die Outcome Daten dieser Patientinnen getrennt ausgewertet ?**

- 1. Nachbestrahlung Thoraxwand mit Lymphabfluss Supra/Infraclav**
- 2. Aromatasehemmer und GnRH für 5 Jahre**
- 3. Abemaciclib für 2 Jahre bei initialer Tumorgöße von 5 cm und 3 befallenen Lymphknoten**
- 4. erw. adj. antihormonelle Therapie für insgesamt 10 Jahre**
- 5. Osteodensitometrie**
- 6. SASCIA-Studie, CPS-EG-Score 2, bei ypN1 Einschluss möglich**
- 7. Gen Panel negativ**
- 8. 06-11/2023 SASCIA-Studie, Sacituzumab für 8 Zyklen, regulär verabreicht**
- 9. 12/2023 Abema plus Letrozol weiter**

50 jährige Patientin, gesund, 1 Kind

Her 2 pos → Residualtumor nach PST

02/2023 ED Mammakarzinom links

cT1c cN1, ER 100%, PR 80%, HER2/neu 2+, CISH positiv; Ki 67 25% , G3

03/23 – 07/23 PST mit 4x EC, 12x Paclitaxel + Trastuzumab/ Pertuzumab

08/ 2023 BET , TAD, IORT

ypT2 ypN1a (1/2 sn) L0 V0 G3 R0

08/2023 Beginn TDM-1 postneoadjuvant (Trudy-Studie nicht gewünscht)

09-10/2023 Bestrahlung li Mamma/ BW, supra- und infraclav. LAW links

11/2023 Beginn Letrozol

09.02.24 9. Gabe postneoadjuvant, dosisreduziert wegen Pneumonitis a.e.

radiogen bedingt

Fragen:

1. Flamingo Studie ?

2. postneoadjuvant ADC (TDM 1 oder TDXD) mit Radiatio zusammen ?

3. Frage der Patientin: endokrine Therapie mit Abema oder Ribo anstatt Letrozol alleine ?

SERD STUDIEN

IBCSG 67-22 PREcoopERA

A Window-of-Opportunity trial of giredestrant +/- triptorelin vs. anastrozole + triptorelin in premenopausal patients with ER-positive/HER2-negative early breast cancer

EU CT number: 2022-503013-32

Sponsor: ETOP IBCSG Partners Foundation

Study Overview EMBER4

The main purpose of this study is to measure how well imlunestrant works compared to standard hormone therapy in participants with early breast cancer that is estrogen receptor positive (ER+) and human epidermal receptor 2 negative (HER2-). Participants must have already taken endocrine therapy for two to five years and must have a higher-than-average risk for their cancer to return. Study participation could last up to 10 years.

Inclusion Criteria:

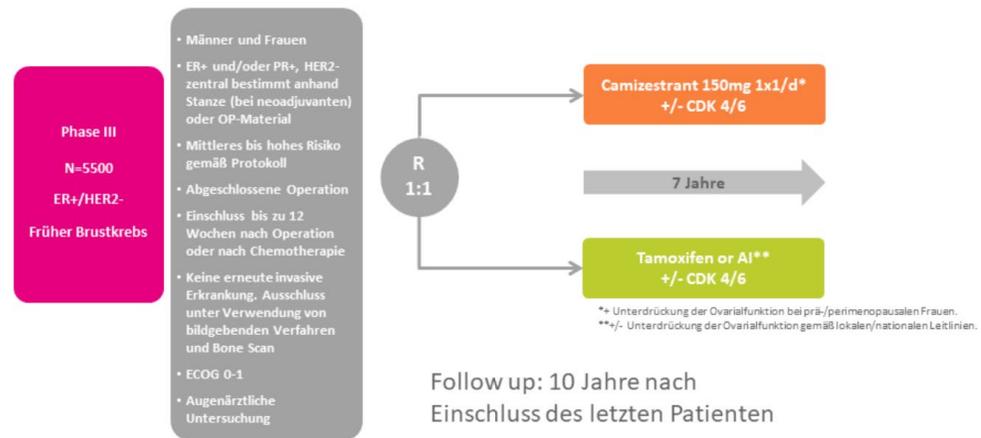
- Have a diagnosis of ER+, HER2- early-stage, resected, invasive breast cancer without evidence of distant metastasis.
- Participants must have received at least 24 months but not more than 60 months of any adjuvant ET, from time of adjuvant ET initiation.
- Participants may have received (neo) adjuvant chemotherapy and/or targeted therapy with a CDK4/6- or PARP- inhibitor.
- Must have an increased risk of disease recurrence based on clinical-pathological risk features.
- Have a Performance Status of 0 or 1 on the Eastern Cooperative Oncology Group scale.
- Have adequate organ function.

Exclusion Criteria:

- Have any evidence of metastatic disease (including contralateral ALN) or inflammatory breast cancer at primary breast cancer diagnosis.
- Participants with more than a 6-month consecutive gap in therapy during the course of prior adjuvant ET.
- Participants who have completed or discontinued prior adjuvant ET >6 months prior to screening.
- Participants with a history of previous breast cancer are excluded, with the exception of ipsilateral DCIS treated by locoregional therapy alone ≥5 years ago.
- Pregnant, breastfeeding, or expecting to conceive or father children within the projected duration of the trial, starting with the screening visit through 180 days after the last dose of study intervention.
- Participant has previously received ET of any duration for breast cancer prevention (tamoxifen or Als) or raloxifene.
- Participants with a history of any other cancer.
- Have serious preexisting medical conditions that, in the judgment of the investigator, would preclude participation in this study.



Studiendesign GBG 115 Cambria-2



BREAST CANCER—LOCAL/REGIONAL/ADJUVANT



TPS616

Poster Session

lidERA Breast Cancer (BC): Phase III adjuvant study of giredestrant vs. physician's choice of endocrine therapy (PCET) in patients (pts) with estrogen receptor-positive, HER2-negative early BC (ER+, HER2- eBC).

Charles Geyer, Aditya Bardia, Nadia Harbeck, Mothaffar F. Rimawi, Sara A. Hurvitz, Miguel Martin, Sherene Loi, Shigehira Saji, Kyung Hae Jung, Gustavo Werutsky, Daniil Stroyakovskiy, Vanesa López-Valverde, Michael Davis, Tanja Badovinac Crnjevic, Pablo Diego Pérez-Moreno, Peter Schmid; NSABP

**Christine Mau, Holger Schultz, Maria
Thurmann,
Katja Jugel, Heike Klocke, Katharina Kappo**





Das Märzchen ([rum. Mărțișor^{1/2}](#)) ist ein typisches Geschenk zum [1. März](#) aus dem rumänischen Brauchtum in [Rumänien](#) und der [Republik Moldau](#). Es besteht aus einer rot-weißen Schnur, meistens mit einem kleinen Anhänger, und ist oft an einer Bluse oder einem anderen Kleidungsstück befestigt. In Rumänien nimmt man an, dass diese Tradition aus vorchristlicher Zeit von den [Thrakern](#) stammt. Die Ursprünge des Märzchen sind nicht genau bekannt. Vermutet wird, dass es zu Zeiten des [Römischen Reiches](#) als der erste Tag im neuen Jahr (1. März) gefeiert wurde und als Frühlingsanfang galt. Am Anfang wurden aus Schafwolle zwei Fäden, rot und weiß, gesponnen und von den Frauen den Männern geschenkt. Die beiden Farben symbolisieren den Schnee und die Sonne. Unter dem Schnee schlummern die keimenden Körner der Feldfrüchte, die von der Sonne ans Licht geholt werden. In dieser Zeit begann die erste Feldarbeit.