

PRESSEMAPPE



Sie erreichen das Team Presse während des Kongresses mobil unter der **Kongresshandynummer 0151/52242423** und im Raum Pilsensee. Angrenzend befindet sich der *Silent Room* Staffelsee ausschließlich für MedienvertreterInnen mit einem leichten Snack & einem kühlen Getränk.

Wir freuen uns auf Sie!

Pressekontakt

Repräsentanz der Fachgesellschaften

Sara Schönborn | Heiko Hohenhaus | Manuela Rank

E-Mail: presse@senologie.org

Inhalt

Die Fachgesellschaft	3
Grußwort der DGS-Vorsitzenden	4
Das Kongresspräsidium	5
Updates aus den Fachdisziplinen.....	6
Gynäkologie	6
Plastische und ästhetische Chirurgie.....	7
Innere Medizin	9
Pathologie	12
Plastische Chirurgie	13
Radiologie (Diagnostik).....	14
Radioonkologie	15
Preisverleihungen	16
Interviewwünsche	21

Die Fachgesellschaft

Als medizinische Fachgesellschaft engagiert sich die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS) seit mehr als vier Dekaden für die Brustgesundheit von Frauen. Sie erforscht, lehrt und vermittelt Wissen über die normalen und gestörten Funktionen der weiblichen Brust und vereint alle ärztlichen und medizinischen Disziplinen, die sich mit der Brust beschäftigen: Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin, Pathologie, plastische Chirurgie, Radiologie (Diagnostik), sowie die Radioonkologie. Den Erfahrungsaustausch zwischen WissenschaftlerInnen unterschiedlicher medizinischer Disziplinen sowie Leistungserbringenden im Gesundheitswesen anzuregen, ist ein besonderes Anliegen der DGS, um Diagnostik und Therapie bei Brusterkrankungen stetig weiter zu verbessern und den Patientinnen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten.

[Hier finden Sie eine Übersicht über den Vorstand.](#)

Grußwort der DGS-Vorsitzenden

Liebe Medienschaffende,

als medizinische Fachgesellschaft engagieren wir uns seit vier Jahrzehnten mit voller Kraft evidenzbasiert für die Brustgesundheit. Unsere größte Stärke liegt in unserer Interdisziplinarität. Als erste wissenschaftliche Gruppierung hat sich die DGS für die Qualitätssicherung von Diagnostik und Therapie bei der Behandlung von Brustkrankungen und Überprüfung von Therapiestandards mithilfe von Qualitätsindikatoren aus S3-Leitlinien eingesetzt. Diese Überprüfung findet in Rahmen von **Zertifizierungen von Brustzentren** statt. Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft ist vor zwei Dekaden dieser Maßstab für die hohe Qualität von Krebspatienten in Deutschland gesetzt worden. Mit großem Erfolg, denn die WiZen-Studie^{1,2,3} hat unser 20-jähriges Bemühen um eine optimale Versorgung bestätigt! Wenn Brustkrebspatientinnen in zertifizierten interdisziplinären Brustzentren behandelt werden, haben Sie ein signifikant besseres Überleben! Für diesen hohen Standard tragen die DGS-Mitglieder aus verschiedensten Fachbereichen ihre Forschungsergebnisse und Erfahrungsberichte zusammen. Mit unserem Jahreskongress im ICM München bieten wir hierfür die perfekte Plattform!

Lassen Sie uns im Rahmen der **Eröffnungsveranstaltung des 42. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. am Donnerstag, den 06. Juli von 13:30 bis 14:45 Uhr (Saal 13a)** gemeinsam auf die zwei Jahrzehnte zurückblicken. Denn der Erfolg der zertifizierten Brustzentren und darauf aufbauend der gesamten qualitätsgesicherten onkologischen Versorgung in Deutschland hat viele Väter und Mütter – ihnen allen wollen wir gemeinsam von Herzen unseren DANK aussprechen und zudem alle Gewinnerinnen und Gewinner der vergebenen Preise sowie unsere neuen Ehrenmitglieder gebührend würdigen.

Ich freue mich auf Ihren Besuch und Ihre Berichte von unserem Fachkongress.



Es grüßt Sie herzlich!
Ihre
Prof. Dr. Sara Y. Brucker
Vorsitzende der DGS e.V.

Quellen:

- 1 https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produnkte/GGW/2022/wido_ggw_0422_schoffer_et_al.pdf
- 2 <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtr/willkommen/presse/pressearchiv/wizen-projekt-bessere-ueberlebenschance-bei-krebsbehandlung-in-ze.html>
- 3 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/wizen-wirksamkeit-der-versorgung-in-onkologischen-zentren.137>

Das Kongresspräsidium

Das Kongresspräsidium des 42. Jahreskongresses ist interdisziplinär besetzt: Neben der DGS-Vorsitzenden, Prof.in Sara Y. Brucker (Tübingen), haben Prof. Dr. Jürgen Debus (Heidelberg) als Kongresspräsident und Prof.in Dr. Annette Lebeau (Lübeck) als Co-Kongresspräsidentin sowie Prof. Hartkopf (Tübingen) als Kongresssekretär ein umfangreiches wissenschaftliches Programm zusammengestellt. Prof. Dr. Jürgen Debus und Prof.in Dr. Annette Lebeau haben sich im Interview mit der Fachzeitschrift Senologie vor dem Jahreskongress zu dem besonderen Stellenwert der zertifizierten Brustzentren in Deutschland geäußert:



„Zertifizierte Brustzentren waren in vielerlei Hinsicht die Vorreiter. Die Methodik der strukturierten Qualitätssicherung und multidisziplinäre Tumorboards wurde mittlerweile bei vielen anderen Erkrankungen angewendet, weil die einzelnen Disziplinen aus den Querschnittsfächern die Systematik aufgegriffen haben.“

Prof. Dr. Jürgen Debus (Heidelberg)
Kongresspräsident 2023

„Offen ist, welchen Effekt die aktuell geplante Ambulantisierung auf die Arbeit der zertifizierten Brustzentren haben wird und inwieweit die Errungenschaften der letzten 20 Jahre hierdurch gefährdet werden. Fest steht: Eine Ambulantisierung der Brustkrebsoperationen bedeutet einen tiefen Eingriff in die Struktur und Arbeitsabläufe eines Brustzentrums mit potentiell nachteiligen Auswirkungen auch auf die Weiterbildung in den Kliniken.“

Prof.in Dr. Annette Lebeau (Lübeck)
Co-Kongresspräsidentin 2023



Das vollständige Interview mit Prof. Dr. Debus und Prof.in Dr. Lebeau finden Sie [in der Fachzeitschrift Senologie unter diesem Link.](#)

Updates aus den Fachdisziplinen

Gynäkologie

Update zur interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms

Prof. Achim Wöckel, Universitätsklinikum Würzburg, in Zusammenarbeit mit Frau Prof.in Ute-Susann Albert, ebenda

Die Vorbereitungen zur Aktualisierung der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms laufen auf Hochtouren. Nachdem nun alle Fachgesellschaften ihre Mandatsträgerinnen und -träger für den Aktualisierungsprozess benannt haben, konnten zahlreiche weitere ExpertInnen aus dem Kreis der Senologie und der angrenzenden Fachgebiete gewonnen werden. Somit ist eine maximale Expertise gewährleistet. Zuletzt fanden noch gemeinsam mit der AWMF e.V. und dem Onkologischen Leitlinienprogramm (OL) der DKG e.V. umfangreiche Bewertungen der Interessenskonflikte statt, die gerade im Rahmen von onkologischen S3-Leitlinien einem sehr klaren Regelwerk unterliegen. Gemeinsam mit methodischen und klinischen Expertinnen und Experten wurde in den vergangenen Monaten die Kapitelstruktur aufgestellt. Jedes Kapitel wird von einem federführenden AutorInnenpaar verantwortet. Über diese läuft dann die Kommunikation in die jeweiligen Arbeitsgruppen. Im Hintergrund wurden insbesondere durch methodische Unterstützung vom Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie (IKE-B) Würzburg umfangreiche Evidenzrecherchen durchgeführt und ein eigenes Online-System generiert, auf welches nun die Autorinnen und Autoren der zukünftigen Leitlinie zugreifen können. So finden sich für jedes Kapitel die entsprechenden Arbeitsvorlagen und eine umfangreiche Darlegung der aktuellen Evidenz. Anhand dieser Evidenz (vor allem Metaanalysen und systematische Reviews) sollen dann die derzeitigen Leitlinienempfehlungen geprüft und ggf. modifiziert werden, bevor diese Empfehlungen dann einem formalen Konsensusprozess zugeleitet werden. Wir freuen uns, dass die bestehende Plattform vom Universitätsklinikum Würzburg sehr anwenderfreundlich gestaltet wurde und mit einem digitalen Austausch der Dokumente die modulare Überarbeitung optimal umgesetzt werden kann. Ziel wird es sein, dass nach der Bearbeitung der Evidenz und nach Modifikation bzw. Bestätigung der Leitlinienempfehlungen noch in diesem Jahr die Konsensusrunden stattfinden, damit für Ende 2023 die Grundlage der neuen Leitlinie steht. Parallel werden neue Hintergrundtexte entwickelt und die Leitlinie somit in einen modularen Überarbeitungszyklus überführt. Wir möchten uns bei allen Beteiligten ganz herzlich für die intensiven Vorarbeiten bedanken. Ohne dieses herausragende, ehrenamtliche Engagement von allen Autorinnen und Autoren wäre diese wichtige S3-Leitlinie nicht zu bearbeiten.

[Hier](#) geht es zur Leitlinie.

(3.450 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Plastische und ästhetische Chirurgie

Was gibt es Neues in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie?

Dr. Mario Marx, Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie, Elblandklinikum Radebeul

Bei der operativen Therapie des Mammakarzinoms ist die in-sano-Resektion sowohl der nichtinvasiven als auch der invasiven Komponente ein zwingender Bestandteil, um erfolgreich das interdisziplinäre Konzept der Brustkarzinombehandlung zu realisieren.

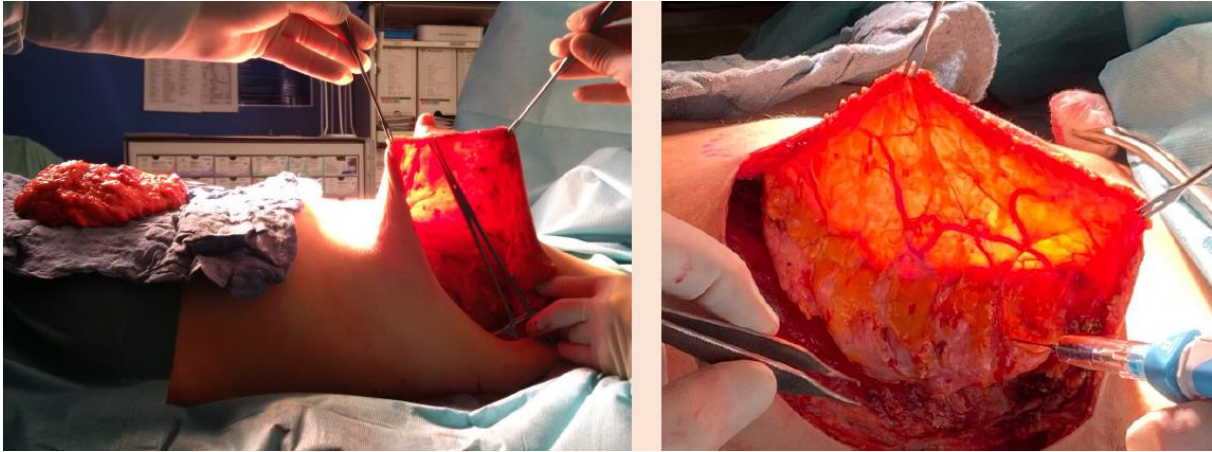
Um dies zu ermöglichen, ist evidenzbasiert und durch Metaanalysen beschrieben der intraoperative Ultraschall (IOUS) mittlerweile Standard in großen Brustzentren. Der IOUS ermöglicht es dem Operateur, sowohl das Zielgewebe in der Brust als auch suspekten Lymphknoten in der Achselhöhle sehr sicher zu entfernen. Dabei wird das Resektionsvolumen in der präoperativen, interdisziplinären Konferenz festgelegt.

Beginnt die Behandlung eines Mammakarzinoms mit einer primär systemischen Therapie, dann ist die operative Behandlung als zweiter Therapieschritt nicht weniger anspruchsvoll als ohne Vorbehandlung. Das Tumoransprechen kann bildgebend nur bedingt vorhergesagt werden. Clip und Coil helfen, das Tumolvolumen wiederzufinden. Operativ ist das Ziel, die Tumorlast des primär besiedelten Gebietes einschließlich der Vorstufen zu entfernen.

Obwohl wir im Zeitalter der axillären Deeskalation angekommen sind und es jetzt um die Entfernung der vitalen Tumorlast geht, müssen immer noch 11.500 Frauen in Deutschland pro Jahr mit Lymphabflussstörungen konservativ oder operativ behandelt werden. Auf dem 42. Jahreskongress in München gehören die verschiedenen operativen Techniken zur Verbesserung des Armlymphödemes zum wissenschaftlichen Programm. Hochaktuell ist für die Behandlung des Armlymphödemes nach Lymphknotenentfernung mit oder ohne Strahlentherapie der Stellenwert der kompletten axillären Adhäsiolyse mit Rekonstruktion des axillären Fettpolsters. Mit Hilfe einer Hyperspektralkamera ist es möglich, das Armlymphödem objektiv einzuschätzen und einer entsprechenden Therapie zuzukommen zu lassen. Der diesjährige Kongress dient u. a. dazu, die Weiterentwicklung der Diagnostik und Therapie des Armlymphödemes intensiv fortzusetzen.

Dank des immer größer werdenden Bewusstseins für das hereditäre Mamma- und Ovarialkarzinom und der endlich flächendeckenden genetischen Versorgung können Frauen mit einem familiären Hochrisiko sowohl in intensivierten Früherkennungsprogrammen betreut oder risikoreduzierend operiert werden. Dabei ist der Erhalt der Brusthaut mit Rekonstruktion der Brust durch verschiedene heterologe Produkte, wie zum Beispiel mit Silikonimplantaten oder mit autogenen Geweben der Transplantationschirurgie aus dem Unterbauch, der Gesäßregion oder anderen Spenderegionen mittlerweile Standard. Neu ist, dass die Silikonimplantate nur noch selten unter den Brustmuskel implantiert werden und ein Paradigmenwechsel zur präpektoralen Loge stattgefunden hat.

Zum Standard der Beratung über operative Behandlungsmethoden gilt die aktive Empfehlung im Primärgespräch zur Zweitmeinung. Selbsthilfegruppen, wie die Frauenselbsthilfe nach Krebs oder das BRCA-Netzwerk, kommt eine besondere Bedeutung bei der Beratung zu. Eine Zusammenarbeit mit diesen Gruppen ist für die Lebensqualität unserer Patientinnen von unschätzbarem Wert.



*Lupenbrillenassistierte, ultraschallassistierte hauterhaltende Brustdrüsenentfernung
(3.093 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Innere Medizin

Was gibt es Neues in der Inneren Medizin?

Prof. Hans Tesch, Hämatologisch-Onkologische Gemeinschaftspraxis am Bethanien-Krankenhaus Frankfurt am Main

Die Therapie des Mammakarzinoms hat sich in den letzten Jahren weiter verbessert. Neue zielgerichtete Therapien wurden für Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs entwickelt und in die klinische Praxis eingeführt. Einige dieser Therapien sind für Subgruppen von Patientinnen entwickelt worden, wie z. B. die CDK4/6-Inhibitoren oder die anti-HER2-Antikörper Trastuzumab, Pertuzumab und T-DM1. Andere Medikamente erfordern für die Indikationsstellung eine genauere Testung von genetischen Veränderungen im Tumor wie der PI3K-Inhibitor Alpelisib oder in der Keimbahn wie die PARP-Inhibitoren. Schließlich ist inzwischen auch beim triple-negativen Mammakarzinom die Immuntherapie mit Checkpoint-Antikörpern etabliert. Immuntherapien mit Antikörper-Drug-Konjugaten der zweiten Generation zeigen ein hohes Potential dieser Medikamentengruppe.

Fortgeschrittenes HER2-positives Mammakarzinom

Die Behandlung von Patientinnen mit HER2-positivem, fortgeschrittenem Mammakarzinom ist durch den Einsatz von zielgerichteten Anti-HER2-Medikamenten geprägt. Mit den Antikörpern Trastuzumab, Pertuzumab und dem Antikörper-Drug-Konjugat T-DM1 sind bereits sehr effektive Anti-HER2-Medikamente bei der Behandlung von HER2-positivem Mammakarzinom im Einsatz. In den letzten Jahren sind zwei weitere Substanzen hinzugekommen: der Tyrosinkinase-Inhibitor Tucatinib und Trastuzumab-Deruxtecan (TDX-d). Bei den Patientinnen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom, welche alle eine Vortherapie mit Trastuzumab, Pertuzumab und T-DM1 hatten, zeigte ein Vergleich zwischen einer Therapie mit Trastuzumab+Capecitabine und der Dreifachkombination von Tucatinib + Trastuzumab + Capecitabine, dass das progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben durch Hinzunahme von Tucatinib verbessert werden konnten.

Die Destiny-Breast-03-Studie konnte die Überlegenheit von TDX-d gegenüber T-DM1 bezüglich des progressionsfreien Überlebens und nach längerer Nachbeobachtung auch des Gesamtüberlebens etablieren. Damit ist TDX-d der neue Standard in der 2. Linie des metastasierten HER2-positiven Mammakarzinoms nach Trastuzumab und Pertuzumab. Parallel zur Destiny-Breast 03 Studie wurde die Destiny-Breast 02 Studie durchgeführt. In diese Studie wurden Patientinnen aufgenommen, welche bereits eine Therapie mit T-DM1 abgeschlossen hatten. Sowohl im PFS als auch im Gesamtüberleben zeigte sich ein klarer Unterschied zugunsten von TDX-d im Vergleich zur Kontrollgruppe, die eine Therapie nach Wahl des Arztes erhielten.

Fortgeschrittenes HER2-negatives Mammakarzinom

Triple-negatives Mamma CA

Immuntherapien haben die Therapie-Landschaft in der Onkologie in den letzten Jahren revolutioniert. Die Checkpoint-Antikörper haben jetzt auch bei triple-negativem Mammakarzinom Eingang in die Therapieleitlinien gefunden. Nachdem in der ersten Therapielinie für Patientinnen mit metastasiertem Mammakarzinom der Checkpoint-Antikörper Atezolizumab in Kombination mit nab-Paclitaxel bereits zugelassen ist, liegen nun Daten mit dem Antikörper Pembrolizumab in der ersten Therapielinie vor. Bei Tumoren mit einem hohen Immunscore (CPS ≥ 10) verlängerte die Hinzunahme von Pembrolizumab zur Chemotherapie das progressionsfreie Überleben.

Die PARP-Inhibitoren Olaparib und Talazoparib sind für die Behandlung von HER2-negativen Patientinnen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom zugelassen, wenn eine Keimbahn-

BRCA1/2 Mutation nachgewiesen worden, was in ca. 10% der Fälle bei TNBC und in ca. 4-5% bei HER2-negativen HR-positiven Patientinnen der Fall ist. Sacituzumab Govitecan, ein weiteres Antikörper-Drug-Konjugat zeigte beim TNBC in der metastasierten Situation eine hohe Wirksamkeit mit Verbesserung des Gesamtüberlebens.

Hormonrezeptor positives Mammakarzinom

Beim hormonrezeptor-positiven Mammakarzinom (HR-positives Mamma-Ca) hat sich eine Therapie mit den drei CDK4/6-Inhibitoren Palbociclib, Ribociclib und Abemaciclib als neuen Standard etabliert. Diese Therapie ist sowohl in Kombination mit Aromatasehemmern, als auch Fulvestrant in ihrer Wirksamkeit bewiesen und verbessert das progressionsfreie und in einigen Studien auch das Gesamtüberleben von zum Teil über 60 Monaten. Für Patientinnen mit einem fortgeschrittenen HRpos/HER2neg-Mammakarzinom empfehlen die nationalen und internationalen Leitlinien die Kombination einer endokrinen Therapie mit einem der drei zugelassenen CDK4-6 Inhibitoren Palbociclib, Ribociclib und Abemaciclib. Die Kombinationstherapien konnten in großen randomisierten Studien das progressionsfreie Überleben und zum Teil das Gesamtüberleben im Vergleich zur endokrinen Monotherapie deutlich verbessern.

Eine offene Frage bezüglich des Stellenwerts der Chemotherapie bei Patientinnen mit einer viszeralen Krise wurde jetzt adressiert. Im Rahmen der RIGHT Choice Studie wurden Patientinnen mit fortgeschrittenem HRpos/HER2neg-Mammakarzinom mit der ersten Therapielinie viszerale Krise, eine schnelle Krankheitsprogression oder eine deutlich symptomatische nicht-viszerale Erkrankung eingeschlossen. Patientinnen wurden zu einer Therapie mit Ribociclib + Letrozol (\pm Goserelin) oder einer Kombinationschemotherapie mit einer der Chemotherapien-Doublette randomisiert: (Docetaxel + Capecitabin, Paclitaxel + Gemcitabin oder Capecitabin + Vinorelbin). Beim Vergleich der beiden Randomisationsarme zeigte sich das mediane PFS im Ribociclib-Arm deutlich besser als im Chemotherapiearm. Nach dem Versagen einer endokrinen Therapie stehen neben Chemotherapie weitere Optionen zur Verfügung. Die TROPiCs-02 hatte bei metastasiertem HR+ HER2-negativem Mamma-Ca gezeigt, dass das progressionsfreie Überleben und das Gesamtüberleben bei einer Therapie mit Sacituzumab-Govitecan verglichen mit einer Chemotherapie verbessert werden konnte.

Mit Elacestrant und Camizestrant haben zwei orale SERDs insbesondere bei einer ESR1-Mutation gezeigt, dass sie verglichen mit einer endokrinen Standardtherapie eine klinisch bedeutsame Wirksamkeit haben. Sie haben das Potential, sich nach entsprechenden Ergebnissen als neue Kombinationspartner für die CDK4/6 Inhibitoren oder nach einer Therapie mit CDK4/6 Inhibitoren zu etablieren. Mit dem Capivasertib konnte nach dem Everolimus, den CDK4/6 Inhibitoren und dem Alpelisib für eine weitere Kombinationstherapie die endokrine Resistenz für einen relevanten Anteil von HRpos/HER2-negativen Patientinnen überwunden werden.

HER2-low-Brustkrebs: neue Option T-DXd

Die konventionellen gegen HER2 gerichteten Therapien wirken nur bei Patientinnen mit einem HER2-Expressionslevel von 3+ oder 2+/ISH positiv ausreichend gut. Das gilt beispielsweise für Trastuzumab und Pertuzumab sowie für das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat (ADC) Trastuzumab Emtansin (T-DM1).

Circa 55% der als Her2-negativ (Her2-) klassifizierten Mammakarzinome exprimieren niedrige Level von Her2. In die neue Kategorie der Her2-Low-Tumore gehören Mammakarzinome mit einem Score von 1+ in der immunhistochemischen Analyse (IHC) oder einem IHC-Score von 2+ bei gleichzeitig negativem Ergebnis bei der In-Situ-Hybridisierung (ISH-). Sie können hormonrezeptorpositiv (HR+) oder -negativ (HR-) sein und sind bei Frauen mit mehreren

Vorbehandlungen mit eher ungünstigen Prognosen assoziiert. Das neue ADC Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd, Handelsname Enhertu®) hat in der DESTINY-Breast04-Studie nun auch bei Patientinnen mit HER2-low-Brustkrebs PFS und Gesamtüberleben verbessert sowie in dieser Indikation eine neue Therapie-Option etabliert.

Frühes Mammakarzinom

Die Therapie von Patientinnen mit frühem Mammakarzinom war immer schon geprägt von Eskalation durch neue Therapien und Deeskalation durch Identifikation besserer Therapieschemata oder Einführung von besseren Werkzeugen zur Einschätzung der Prognose. Die Ergebnisse der großen Deeskalations-Studien durch Nutzung von Multi-Gen-Tests zeigen, dass durch diesen Ansatz vielen Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom eine Chemotherapie erspart werden kann. Mehrere groß angelegte Studien zur Untersuchung der Rolle der CDK4/6-Inhibitoren in der Adjuvanz liegen inzwischen vor. In der MONARCH-E-Studie konnte gezeigt werden, dass die Kombination einer anti-endokrinen Therapie mit Abemaciclib die Ergebnisse für Hochrisikopatientinnen mit hormonrezeptor-positiven Tumoren verbessert.

Weitere Fortschritte zeigen sich bei Patientinnen mit BRCA1/2 Keimbahnmutationen; hier hat der PARP-Inhibitor Olaparib die Therapie-Ergebnisse signifikant verbessert. Bei triple-negativen Mammakarzinom führte die Hinzunahme des Immuncheckpoint-Antikörpers Pembrolizumab zur Chemotherapie zur signifikanten Erhöhung des progressionsfreien Überlebens.

(8.591 Zeichen inklusive Leerzeichen)

Pathologie

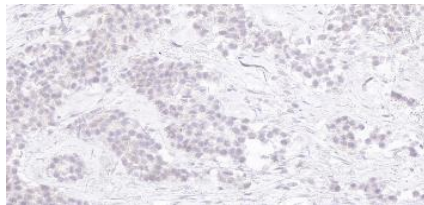
Was gibt es Neues aus der Pathologie?

Prof.in Annette Lebeau, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

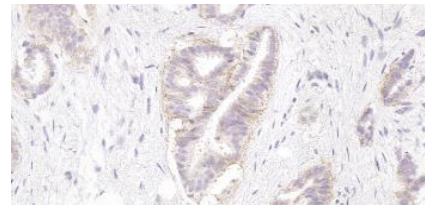
Die individualisierte, präzisionsgesteuerte Therapie von PatientInnen mit Brustkrebs ist oftmals an den Nachweis eines definierten Biomarkers gebunden. Die qualitätsgesicherte Bestimmung dieser Biomarker ist eine wichtiges Aufgabenfeld von Pathologinnen und Pathologen.

Werden neue, zielgerichtete Medikamente eingeführt, kann dies dementsprechend die Etablierung eines neuen Biomarkers und dessen valide Bestimmung erforderlich machen.

Im Falle des Wachstumsfaktor-Rezeptors HER2 kann dies auch bedeuten, dass sich die Bewertung bestimmter Expressionslevel eines etablierten Biomarkers verändert. War zuvor für die Therapieplanung nur eine Unterscheidung in HER2-positive und -negative Mammakarzinome relevant, ist es nun beim HER2-negativen metastasierten Mammakarzinom klinisch von Bedeutung, die Expressionslevel HER-0 und **HER2-low** valide zu differenzieren. Die zuverlässige Sensitivität der Nachweismethode sowie deren reproduzierbare Auswertung liegen im Fokus der Qualitätssicherung.



HER2-0 Mammakarzinom (© Annette Lebeau)



HER2-low Mammakarzinom (© Annette Lebeau)

Die deutsche Pathologie nimmt im europäischen Vergleich in puncto Biomarker-Diagnostik dank Innovationsbereitschaft und Qualitätsbewusstsein eine Spitzenposition ein (<https://www.efpia.eu/media/589727/unlocking-the-potential-of-precision-medicine-in-europe.pdf>) Die QuIP GmbH (www.quip.eu) ist eine gemeinsame Unternehmung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP) und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen e.V. (BDP). Sie unterstützt PathologInnen dabei, ihre Untersuchungsergebnisse zu optimieren und hohe Qualitätsstandards sicherzustellen. Zu diesem Zweck führt sie unter anderem Ringversuche für Molekularpathologie und Immunhistochemie durch und bietet Online-Trainings, QS-Monitoring sowie Informationsportale für Fachpersonal an.

Zur Qualitätssicherung der HER2 low-Diagnostik sind über die QuIP ein Online-Seminar, ein digitaler Readout-Test sowie ein Ringversuch etabliert worden. Nähere Informationen zu HER2 und weiteren Biomarkern beim Mammakarzinom bietet das Mammakarzinom-Portal (<https://www.mammakarzinomportal.eu/de/>).

An dem kürzlich erschienenen **ersten internationalen Konsensus-Papier** zur Definition, Diagnostik und Therapie des HER2-low Mammakarzinoms haben zwei deutsche PathologInnen mitgearbeitet.¹ (2.942 Zeichen inkl. Leerzeichen)

1 Tarantino, P., G. Viale, M. F. Press, X. Hu, F. P. Llorca, A. Bardia, A. Batistatou, H. J. Burstein, L. A. Carey, J. Cortes, C. Denkert, V. Diéras, W. Jacot, A. K. Koutras, A. Lebeau, S. Loibl, S. Modi, M. F. Mosele, E. Provenzano, G. Pruneri, J. S. Reis Filho, F. Rojo, R. Salgado, P. Schmid, S. J. Schnitt, S. M. Tolaney, D. Trapani, A. Vincent-Salomon, A. C. Wolff, G. Pentheroudakis, F. André and G. Curigliano. "ESMO Expert Consensus Statements (ECS) on the definition, diagnosis, and management of HER2-low breast cancer." Ann Oncol. 2023 Jun 1;S0923-7534(23)00693-2. doi: 10.1016/j.annonc.2023.05.008. Online ahead of print.

Plastische Chirurgie

Brustrekonstruktion – schonend und qualitätsgesichert

Prof. Christoph Heitmann, SENO MVZ zur operativen Behandlung der Brust, München

Angesichts zunehmender Diskussionen um Brustimplantat-assoziierte Erkrankungen wie das Brustimplantat-assoziierte anaplastische Zellymphom (BIA-ALCL) stellt die seit Jahrzehnten etablierte Rekonstruktion mit Eigengewebe eine ausgezeichnete Alternative zur Wiederherstellung der körperlichen Integrität dar. Dabei profitieren Patientinnen davon, dass die Verfahren immer schonender werden.

Wurden früher häufig mit der Haut und dem darunter liegenden Weichteilgewebe auch Muskeln zur Wiederherstellung genutzt, so wird heute eine Rekonstruktion als reine Haut-Fettlappenplastik angestrebt, um funktionelle Einschränkungen zu vermeiden. Unter dem Mikroskop werden die Gefäße sorgfältig freigelegt und Gewebestücke („Lappenplastiken“) entnommen, in die Brustregion eingefügt, zur Brust geformt und wieder an die Blutgefäße angeschlossen. Eine aus Eigengewebe rekonstruierte Brust fühlt sich körperwarm an und reagiert natürlich auf Veränderungen des Körpergewichts und Alterungsprozesse. Besonders schonend und verträglich ist die Rekonstruktion mit Eigengewebe nach Bestrahlung, da das erhöhte Risiko einer Verhärtung des Gewebes, weil der Körper den Fremdkörper umschließt (Kapselfibrose) entfällt.

Es stehen drei Verfahren zur Verfügung, die ohne Muskeltransfer eine Wiederherstellung ermöglichen: Beim DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator Flap) wird eine querverlaufende Spindel aus Haut- und Fettgewebe mit den versorgenden Blutgefäßen im Bereich des Unterbauches entnommen. Der gerade Bauchmuskel und seine Faszie werden nicht entnommen, aber gespalten, um die Blutgefäße zu freizulegen. Beim Fasciocutaner infragluteal Lappen (FCI-FLAP) wird Haut und Fett aus der Gesäßfalte transplantiert. Da das versorgende Gefäß unterhalb der Gesäßmuskulatur verläuft, kommt es in der Regel nicht zu Verletzungen der Muskulatur. Das Gewebe ist ausreichend für die Rekonstruktion kleiner und mittelgroßer Brüste. Dies gilt auch für das neueste muskelschonende Verfahren, den Profunda Artery Perforator Lappen (PAP-FLAP). Hier werden Haut und Fettgewebe aus dem Bereich der Oberschenkelinnenseite genutzt. Nach Entnahme wird der Oberschenkel im Sinne einer Straffung desselben verschlossen. Nach dem Eingriff kann eine Angleichung der Gegenseite durch Straffung oder Fettabsaugung (Liposuktion) notwendig werden.

Welches Verfahren gewählt wird, entscheidet der/die Plastische und Ästhetische Chirurg:in im Dialog mit der Patientin. Dies am besten vor der Entfernung des Tumors, da die Schnittführung so entsprechend gewählt werden kann.

Um die Qualität der nachhaltigen Brustrekonstruktion mit Eigengewebe weiter zu steigern und auch für Patientinnen sichtbar zu machen, hat die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) nach einer Anpassung ihr Brustrekonstruktionsregister neu aufgelegt und die Zertifizierung wieder aufgenommen. Geprüft und dokumentiert werden ausschließlich Rekonstruktionen mit Eigengewebe. Mehr dazu unter [Ratgeber Brustrekonstruktion – Externe Qualitätssicherung Brustrekonstruktion der DGPRÄC \(mammarekonstruktion.de\)](https://www.ratgeber-brustrekonstruktion.de)

(2.969 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Radiologie (Diagnostik)

Ausweitung der Altersgrenzen im Deutschen Mammographie-Screening-Programm

Prof. Ulrich Bick, Charité - Universitätsmedizin Berlin, in Zusammenarbeit mit Prof. Walter Heindel, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Das Mammographie-Screening wird in Deutschland aktuell nur Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren angeboten. Daten in der Literatur deuten jedoch darauf hin, dass auch jüngere und ältere Frauen vom Mammographie-Screening profitieren würden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daraufhin am 22.04.2021 dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen Auftrag zu Überprüfung der Altersgrenzen im Mammografie-Screening-Programm erteilt (<https://www.iqwig.de/projekte/s21-01.html>). In seinem Abschlussbericht in der Version 1.1 vom 16.08.2022 findet das IQWiG Anhaltspunkte für einen Nutzen des Mammographie-Screenings auch in den Altersgruppen 45 bis 49 Jahre und 70 bis 74 Jahren. Nachdem inzwischen auch das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) in seiner Stellungnahme vom 05.12.2022 (BfS-44/22, urn:nbn:de:0221-2022102634826) die Fortführung des Screenings bei Frauen bis zu einem Alter von 75 Jahren für gerechtfertigt eingestuft hat, wird derzeit zunächst an der Umsetzung der Anhebung der oberen Altersgrenze des Mammographie-Screenings gearbeitet. Zum 27.04.2023 hat der G-BA ein Stellungnahmeverfahren zu den entsprechenden Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie eingeleitet (<https://www.g-ba.de/beschluesse/5990/>). Voraussichtlich ab Ende 2023 kann dann die sukzessive Umsetzung dieser Änderung erfolgen, sodass in Zukunft in Deutschland auch Frauen bis zu einem Alter von 75 Jahren am Mammographie-Screening teilnehmen können.

Mehr Informationen <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/236/>

(1.398 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Radioonkologie

Was gibt es Neues im Bereich Radioonkologie?

Prof. Frederik Wenz, Universitätsklinikum Freiburg, vertreten durch Dr. Bettina Albers,
Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e.V.

Die Rolle der Strahlentherapie bei Patientinnen über 65 Jahre mit einem hormonrezeptorpositiven Brustkarzinom unter einer Tumorgroße von 3 cm wird derzeit kritisch diskutiert. Dies ist auf eine kürzlich publizierte Studie im „New England Journal of Medicine“ [1] zurückzuführen, bei der in dieser Patientinnengruppe eine adjuvante Hormontherapie mit Tamoxifen über 10 Jahre randomisiert mit einer zusätzlichen Strahlentherapie verglichen wurde. Die lokale Rezidivrate innerhalb der Brust war mit 9,5 Prozent fast zehnmal so hoch wie mit zusätzlicher Strahlentherapie mit 0,9 Prozent. Dieser Vorteil wirkte sich allerdings nicht auf das Überleben der Patientinnen aus. Die Autorinnen und Autoren folgern aus ihren Ergebnissen, dass auf eine Strahlentherapie bei dieser Patientinnengruppe verzichtet werden kann, falls eine Hormontherapie durchgeführt wird. Diese Aussage wird derzeit intensiv diskutiert.

Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie warnt vor Verallgemeinerung von Studienergebnissen ohne kritische Überprüfung

Die Rate an Lokalrezidiven hatte mit 9,6 Prozent fast den Schwellenwert von 10 Prozent erreicht, den die Autorengruppe selbst als inakzeptabel angeführt haben. Dabei sollte man die Dynamik der Entwicklung von Lokalrezidiven nicht unterschätzen, ihre Häufigkeit hatte sich im nicht bestrahlten Arm von 4,8 Prozent auf 9,5 Prozent nahezu verdoppelt. Gerade für ältere Betroffene habe die Rezidivrate – und damit auch die Lebensqualität – einen besonderen Stellenwert. „Es macht einen großen Unterschied, ob ich, wenn ich mit 65 Jahren an Brustkrebs erkrankte, in den 20 Jahren, die mir gemäß aktueller Statistik an Lebenszeit bleiben, erneut einen Tumor bekomme und mich erneut einer Krebstherapie unterziehen muss oder nicht“, ergänzt Univ.-Prof. Dr. Stephanie Combs, München, Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO).

Aus Sicht der DEGRO sei es daher wichtig, zunächst genauere Subgruppenanalysen durchzuführen und bei der Interpretation der neuen Studiendaten zu differenzieren. So ergab die aktuelle Studie auch, dass die Rate an Lokalrezidiven nach 10 Jahren bei Patientinnen mit einem niedrigen Rezeptorstatus sogar fast 19 Prozent betrug. Bei diesen Patientinnen sollte also keinesfalls auf eine Bestrahlung verzichtet werden.

Die Expertinnen und Experten der DEGRO verweisen darauf, dass derzeit weitere Studien laufen, die insbesondere bei bestimmten pathohistologischen Veränderungen einen Verzicht auf Strahlentherapie überprüfen. Bislang liegen hier nur retrospektive Daten vor, prospektive Studien laufen. Bis dahin sollten die Ergebnisse der aktuellen Studie nicht unkritisch übernommen werden.

DEGRO-Pressestelle, Dr. Bettina Albers, albers@albersconcept.de

Quelle

[1] Kunkler IH, Williams LJ, Jack WJL, Cameron DA, Dixon JM. Breast-Conserving Surgery with or without Irradiation in Early Breast Cancer. N Engl J Med 2023 F; 388 (7): 585-594. doi: 10.1056/NEJMoa2207586

(2.728 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Preisverleihungen

Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis

Prämiert werden Abstracteinreichungen für Poster oder Vorträge zum 42. Jahreskongress auf dem Gebiet der senologischen Versorgungsforschung zu den Themenbereichen: "Früherkennung und Diagnostik des Mammakarzinoms", "Versorgungsqualität" und "Outcome-Forschung". Der Preis wird in Erinnerung an den langjährigen 1. Vorsitzenden der DGS e. V., Herrn Prof. Dr. Klaus-Dieter Schulz, vergeben. Prof. Schulz beeinflusste über 20 Jahre entscheidend die Entwicklung der Onkologie. Als international anerkannter Brustkrebsspezialist setzte er Zeichen bei der Diagnostik und Behandlung des Mammakarzinoms. Er förderte maßgeblich die multidisziplinäre Ausrichtung der Senologie, initiierte die Leitlinienentwicklung, die Entwicklung von Brustzentren und baute die Versorgungsforschung mit auf. Mit diesem Preis wollen wir an einen herausragenden Arzt, Kollegen und Menschen erinnern.

1. Preis: Dr. med. Elena Laakmann (Hamburg)



erhält – stellvertretend für ihre Arbeitsgruppe – den Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis 2022 für die Arbeit zum Thema: „*Prognostische Faktoren bei Patientinnen mit Mammakarzinom und leptomeningealen Metastasen: eine Subanalyse des deutschen Registers für Hirnmetastasen beim Mammakarzinom (BMBC)*“.

Zusammenfassung:

Hintergrund:

Leptomeningeale Metastasen (LM) bei Patienten mit Mammakarzinom sind selten. Die Prognose dieser Patienten ist schlecht. Ziel unserer Analyse war es, spezifische prognostische Faktoren bei Mammakarzinom-Patientinnen mit LM aus dem BMBC-Register zu analysieren.

Methoden:

Die klinischen Daten stammen aus dem Hirnmetastasenregister BMBC.

Ergebnisse:

Insgesamt waren Daten von 781 Patienten mit LM und Mammakarzinom für die Analyse verfügbar (781/3858, Prävalenz von 20,2 %). Das mediane Gesamtüberleben betrug 4,9 Monate (95%CI 4,3-5,7) und das mediane progressionsfreie Überleben 3,9 Monate (95%CI 3,4-4,5). Alter (≥ 60 vs. < 60 Jahre, HR 2,07, 95%CI 1,53-2,79) und ein niedrigerer ECOG-Performance-Status nach der Hirnmetastasen-Diagnose (2-4 vs. 0-1 HR 2,03, 95% CI 1,52-2,71) waren in der multivariaten Analyse signifikant mit einem höheren Sterberisiko verbunden. Eine endokrine Behandlung nach der Hirnmetastasen-Diagnose (bei einem hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom) und eine Ganzhirnbestrahlung waren signifikant mit einem geringeren Sterberisiko verbunden (HR 0,43 95%CI 0,28-0,65 bzw. HR 0,62 95%CI 0,45-0,87). Patienten mit luminalem bzw. triple-negativem BC hatten ein signifikant höheres Sterberisiko als Patienten mit triple-positivem Mammakarzinom (HR 1,55, 95%CI 1,05-2,28 bzw. HR 2,47, 95%CI 1,59-3,85). Weitere Analysen, einschließlich eines Vergleichs mit Patienten ohne LM in der BMBC-Kohorte, werden vorgestellt.

Schlussfolgerungen:

Patienten mit LM haben eine kurze Überlebenszeit. Wir haben die wichtigsten klinisch-pathologischen Faktoren identifiziert, die mit dem Überleben von Patienten mit LM in Verbindung stehen (Alter, ECOG, endokrine Therapie, Ganzhirnbestrahlung, tumorbiologischer Subtyp). Diese Daten können Klinikern dabei helfen, eine Kohorte der Patienten mit besserem Überleben zu identifizieren, die möglicherweise von intensiveren Behandlungsregimen profitieren könnten. Eine weitere Zusammenarbeit zu dem vorgestellten Thema ist in unserer internationalen Arbeitsgruppe geplant.

Wissenschaftspreise der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V.

Die Wissenschaftspreise werden für herausragende Arbeiten verliehen, die ein Gebiet des interdisziplinären diagnostischen und / oder therapeutischen Spektrums in der Bekämpfung des Brustkrebses vertreten. Infrage kamen Originalarbeiten oder Übersichtsartikel, die in ihrer Zusammensetzung bisher nicht berücksichtigte Aspekte eines Problems beleuchten. Die Preise sind mit jeweils 3.000 Euro dotiert und werden im Rahmen des 42. Jahreskongresses der DGS e. V. überreicht.

1. Preis: MU Dr. Stefan Lukac (Ulm)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den 1. DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: *“Effect of histological breast cancer subtypes invasive lobular versus non-special type on survival in early intermediate-to-high risk breast carcinoma - results from the SUCCESS trials“*.

Zusammenfassung:

Invasive lobuläre Brustkarzinome (ILC) weisen im Vergleich zu Karzinomen vom nichtspeziellen Typ (NST) andere histologische Merkmale auf. Jedoch ist die Auswirkung histologischer Subtypen auf das Überleben umstritten. In dieser Studie verglichen wir klinisch-pathologische Merkmale und Outcome zwischen ILC und NST basierend auf der Grundlage eines großen gepoolten Datensatzes aus drei adjuvanten Brustkrebsstudien (SUCCESS A, B und C). Wir untersuchten auch einen möglichen unterschiedlichen Effekt des Rezidivrisikos im Zusammenhang mit Nodalstadium in den Kategorien.

Von 2005 bis 2017 wurden in die großen randomisierten, kontrollierten Studien SUCCESS A, B und C 8190 Patientinnen mit primärem Brustkrebs mit mittlerem bis hohem Risiko aufgenommen. Alle Patienten erhielten eine adjuvante Chemotherapie und gegebenenfalls eine endokrine und/oder HER2-zielgerichtete Behandlung. Die Überlebensergebnisse wurden im Hinblick auf das krankheitsfreie Überleben (DFS), das Gesamtüberleben (OS), das brustkrebspezifische Überleben (BCSS) und das krankheitsfreie Fernüberleben (DDFS) mithilfe der Kaplan-Meier-Methode, Log-Rank-Tests sowie univariate und adjustierte multivariate Cox-Regressionsmodelle analysiert. In den SUCCESS-Studien hatten 6284 Patienten NST und 952 ILC. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 64 Monate. ILC-Patienten waren älter, erhielten häufiger eine Mastektomie und hatten mehr größere Tumoren, Lymphknoteninfiltration, Hormonrezeptor-positive, HER2-neu-negative und Luminal-A Tumoren als NST-

Patienten. In der Gesamtkohorte konnten hinsichtlich der vier Überlebensendpunkte keine signifikanten Unterschiede zwischen ILC und NST festgestellt werden.

Die in angepassten multivariablen Cox-Regressionen erhaltenen Hazard Ratios betragen 0,97 (95 %-KI 0,78 – 1,22, $p = 0,795$) für DFS, 1,15 (95 % CI 0,86 – 1,52, $p = 0,352$) für OS, 1,22 (95 % CI 0,89 – 1,67, $p = 0,217$) für BCSS und 0,94 (95 % CI 0,72 – 1,22, $p = 0,633$) für DDFS. Es wurde jedoch ein unterschiedlicher Einfluss des Knotenstadiums auf das Überleben beobachtet, mit einem besseren Überleben für ILC-Patienten mit pN0/pN1-Tumoren und einem schlechteren Überleben für ILC-Patienten mit pN2/pN3-Tumoren im Vergleich zu NST-Patienten.

Unsere Ergebnisse zeigten, dass ILC im Vergleich zu NST bei Patienten mit einem hohen Rezidivrisiko aufgrund einer fortgeschrittenen Lymphknoteninfiltration mit einem schlechteren Überleben verbunden war. Diese Erkenntnisse sollten bei Behandlungsentscheidungen und Kontrollen berücksichtigt werden.

2. Preis: MU Dr. Stefan Lukac (Ulm)

erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den 2. DGS-Wissenschaftspreis für die Arbeit zum Thema: *“Evaluating ChatGPT as an Adjunct for the Multidisciplinary Tumor Board Decision-Making in Primary Breast Cancer Cases”*.

Zusammenfassung:

Da die verfügbaren Informationen über Brustkrebs täglich wachsen, wird der Entscheidungsprozess für die Therapie immer komplexer. ChatGPT verfügt als transformatorbasiertes Sprachmodell über die Fähigkeit, wissenschaftliche Artikel zu schreiben und medizinische Prüfungen zu bestehen. Doch kann es das multidisziplinäre Tumorboard (MDT) bei der Therapieplanung von Patientinnen mit Brustkrebs unterstützen?

Wir haben eine Pilotstudie an 10 aufeinanderfolgenden Fällen von Patientinnen mit frühem primärem Mammakarzinom aus dem Januar 2023 durchgeführt, die in der MDT unserer Abteilung besprochen wurden. Die Empfehlung des MDT wurde mit der Empfehlung des ChatGPT für bestimmte Patienten verglichen und der klinische Score der Übereinstimmung berechnet.

Die Ergebnisse zeigten, dass ChatGPT überwiegend allgemeine Antworten zu Chemotherapie, Brustoperationen, Strahlentherapie, Chemotherapie und Antikörpertherapie lieferte. Es war in der Lage, Risikofaktoren für erblichen Brustkrebs zu identifizieren und die für eine Chemotherapie indizierte ältere Patientin aufzuzeigen, um das Nutzen-Verhältnis zu bewerten. ChatGPT identifizierte die Patientin mit Her2 1+ und 2+ (FISH-negativ) fälschlicherweise als eine Patientin, die einer Therapie mit Trastuzumab bedarf, und bezeichnete die endokrine Therapie als „Hormonbehandlung“.

Die Unterstützung künstlicher Intelligenz durch die Suche nach einer individuellen und personalisierten Therapie für unsere Patienten ist in dieser Zeit der schnell wachsenden Informationsmenge unumgänglich. ChatGPT hat das Potenzial, seinen Platz in der klinischen Medizin zu finden, allerdings ist die aktuelle Version nicht in der Lage, konkrete Empfehlungen für die Therapie von Patientinnen mit primärem Brustkrebs zu geben.

Florence-Nightingale-Preis

Der Florence-Nightingale-Preis ist ein von der Firma Eisai GmbH gestifteter Preis für herausragende Arbeiten in der Gesundheitsvorsorge und modernen Krankenpflege in der Senologie. Entsprechend dem Namen des Preises sollen die Verdienste von "Florence Nightingale" (12.05.1820 - 13.08.1910) zur Entwicklung der modernen Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge gewürdigt werden. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass die eingereichten Studien insbesondere den Aspekt des 'patient reported outcome' und der Lebensqualität betrachten. Infrage kamen Originalarbeiten oder Übersichtsartikel, die sich mit der Verbesserung von Gesundheitsvorsorge, Krankenversorgung und Lebensqualität bei Patientinnen mit Brusterkrankungen befassen.

1. Preis: Dr. Dominik Dannehl (Tübingen)



erhält – stellvertretend für seine Arbeitsgruppe – den Florence-Nightingale-Preis 2022 für die Arbeit zum Thema: *“Eine hohe Adhärenz bei der adjuvanten endokrinen Therapie verbessert die Prognose bei frühem Brustkrebs - Ergebnisse einer real-world Analyse von Krankenkassendaten”*.

Zusammenfassung der Arbeit:

Bei Hormonrezeptor-positivem (HR+) Brustkrebs im Frühstadium senkt die adjuvante endokrine Therapie (ET) die Rezidiv- und Mortalitätsrate erheblich. Die gängigste Methode zur Schätzung der Therapietreue (Adhärenz) ist die Befragung der Patientinnen zu ihrem Einnahmeverhalten. Diese Methode ist jedoch sehr ungenau, da Patientinnen dazu neigen ihre Therapieadhärenz deutlich zu überschätzen. Ziel dieser Arbeit war daher, die Therapieadhärenz während der ersten 5 Jahre der Behandlung mit einer adjuvanten endokrinen Therapie anhand der Verschreibungsdaten einer großen deutschen Krankenkasse (AOK Baden-Württemberg) zu analysieren.

In die Analyse wurden Patientinnen mit der Diagnose HR+ früher Brustkrebs einbezogen, die zwischen dem 1. Juli 2010 und dem 31. Dezember 2019 stationär behandelt wurden. Die Adhärenz wurde als das Verhältnis der summierten Tablettenanzahl der eingelösten ET-Verordnungen (entweder Aromatasehemmer oder Tamoxifen) und der Dauer der endokrinen Therapie in Tagen (ab Beginn der ersten Verschreibung nach Abschluss der Operation und ggf. Chemotherapie) nach der Methode der kontinuierlichen, mehrfachen Intervallmessung des Medikamentenerwerbs (CMA) definiert. Darüber hinaus wurde die ET-Einnahme über 5 Jahre beobachtet. Eine hohe/niedrige Adhärenz wurde als das Verhältnis zwischen 0,8 - 1 bzw. 0 - 0,79 definiert. Die ET-Dauer wurde in Jahresintervalle unterteilt und die Adhärenz wie oben beschrieben berechnet. Falls die Patientinnen in jedem der 5 Jahre Einnahmedauer eine hohe oder niedrige Adhärenz gezeigt haben, wurde dies als kontinuierlich hohe/niedrige Adhärenz definiert. Das fernmetastasenfreie Überleben (Distant Recurrence Free Survival, DRFS) wurde ab der Erstdiagnose von frühem Brustkrebs bis zum Auftreten von Fernmetastasen berechnet. Das Gesamtüberleben (OS) wurde definiert als der Zeitraum zwischen der Erstdiagnose von frühem Brustkrebs und dem Tod.

Insgesamt wurden 23559 Patienten mit frühem Brustkrebs in diese Analyse eingeschlossen. 18349 Patienten (78 %) waren HR+. Das Einnahmeverhalten der ET konnte bei 17006 HR+ Patientinnen mit frühem Brustkrebs bewertet werden. Die mittlere Gesamtadhärenz in den ersten 5 Jahren betrug 0,81 \pm 0,26, wobei 72 % aller HR+ Patientinnen eine hohe Adhärenz zur ET zeigten. Nach 5 Jahren wurde die adjuvante ET nur noch von 59% der Patientinnen mit HR+ frühem Brustkrebs eingenommen. Von 17006 HR+ Patientinnen mit frühem Brustkrebs zeigten 8363 (49 %) eine kontinuierlich hohe Adhärenz zur ET und 1731 (10 %) eine kontinuierlich niedrige Adhärenz zur ET über 5 aufeinanderfolgende Jahre. Die kontinuierliche Einnahme der ET hatte einen signifikanten Einfluss auf das DRFS (HR: 0,61; 95% CI: 0,52 - 0,71; p < 0,0001) und das OS (HR: 0,52; 95% CI: 0,46 - 0,59; p < 0,0001). Die 10-Jahres DRFS-Rate betrug 87% / 81% und die OS-Rate betrug 79 % / 64 % für Patienten mit kontinuierlicher hoher / niedriger Adhärenz zur ET.

Gemessen an der Anzahl der verordneten Tabletten war die Adhärenz in den ersten 5 Jahren der endokrinen Therapie in unserer Kohorte höher als erwartet. Die kontinuierliche Einnahme der ET über 5 Jahre hat einen signifikanten Einfluss auf OS und DRFS. Künftige Forschungsarbeiten sollten sich auf die Identifizierung von Faktoren konzentrieren, die die Adhärenz zur adjuvanten ET bei Patientinnen mit frühem Brustkrebs beeinflussen.

Innovationspreis „Junior meets Senior“

Der Innovationspreis „Junior meets Senior“ wird an WissenschaftlerInnen „generationsübergreifend“ vergeben, die im Rahmen ihres Lebenswerkes (Senior) Herausragendes geleistet, nachhaltig implementiert und damit den Staffelstab (Junior) weitergegeben haben. In diesem Jahr geht der Preis an **Prof. Dr. Michael Untch** (Berlin, Senior) und **Prof. Dr. Nina Ditsch** (Augsburg, Junior) für ihre erfolgreiche Zusammenarbeit.



Verleihung der DGS-Ehrenmitgliedschaft

Im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung am 06. Juli von 13:30 – 14:45 Uhr wird schließlich – als krönender Abschluss – Herrn **Prof. Josef Hecken** (links) sowie Herrn **Prof. Dr. Diethelm Wallwiener** (rechts) die DGS-Ehrenmitgliedschaft verliehen. Beide Preisträger haben sich über die Maße auf besondere Weise für die Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V. eingesetzt.



Interviewwünsche

Zu folgenden Themen können wir Ihnen **ExpertInnen** vermitteln:

- Operative Verfahren: Verfahren zum Wiederaufbau/Rekonstruktion der Brust
- Bildgebung & Mammografie-Screening
- Therapiewege: Immuntherapie/ Chemotherapie & Bestrahlung/ „targeted therapies“
- Forschungsgebiete & Leitlinien
- Genetik und Pathologie

Das **tagesaktuelle Kongressprogramm** finden Sie [hier](#).

*Übrigens: Die wissenschaftlichen Sitzungen des Kongresses können im Anschluss an den Kongress auch on demand gesichtet werden. Dafür bitten wir um **Ihre Akkreditierung**.*

[Zur Akkreditierung](#)

Bei Interesse wenden Sie sich gern an uns:

DGS-Presseteam in München

Sara Schönborn | Heiko Hohenhaus | Manuela Rank

Tel.: +49 (0)30-514 88 3333

E-Mail: presse@senologie.org