

European Breast Cancer Conference EBCC-11

21. - 23. März 2018 in Barcelona

Teilnehmerinnen:

Donatella **Corbat**, Präsidentin EUROPA DONNA Schweiz

Prof. Dr. med. Monica **Castiglione**, Onkologin FMH und Vorstandsmitglied
EUROPA DONNA Schweiz

Zusammenfassung von Prof. Dr. med. Monica Castiglione

Dieses Jahr besuchten 2500 Teilnehmer die Konferenz in der katalanischen Hauptstadt, die leider immer wieder mit Unruhen auf sich aufmerksam macht.

Es waren drei intensive Tage mit mehreren Sessionen, leider zum Teil wie üblich parallel und leider bei einigen mit ungenügenden Sitz- und Stehplätzen.

Hier einige Highlights, die mir speziell bedeutend erscheinen.

Hervorragend die Präsentation von **José Baselga** über die Zukunft beim Brustkrebs.

5 Punkte wurden hervorgehoben:

- Wir brauchen innovative Therapien, insbesondere brauchen wir neue Immuntherapien
- Wir brauchen eine bessere Prävention und Früherkennung
- Wir brauchen neue genomische Schritte
- Wir brauchen mehr „Wissenschaft“ in der Medizin
- Wir brauchen mehr klinische Innovation in der Betreuung

Fortschritte sind gemacht worden, wenn wir bedenken, dass Patientinnen mit einem HER2-positiven Tumor heute 5-6 Mal länger leben als noch vor wenigen Jahren. Die 5 Punkte weisen uns in die richtige Richtung für die Zukunft.

Eindrücklich war die Präsentation von **Lisa Carey**, über die Behandlung und die Resultate der neo-adjuvanten (prä-operativen) medikamentösen Therapie bei HER2-positiven Tumoren.

Sollen wir HER2-positive Patientinnen anders behandeln, wenn sie Tumoren mit positiven oder negativen Hormonrezeptoren (HR) haben? Die Frage bleibt offen.

Wir wissen heute, dass Frauen mit HER2+/HR- Tumoren viel häufiger mit einer neo-adjuvanten Therapie eine komplette Remission erreichen (= komplettes Verschwinden des Tumors) als Patientinnen, die HER2+/HR+ getestet wurden. Und wie soll die Chirurgie bei Patientinnen, die eine komplette Remission erreichen, aussehen? Soll man trotzdem die Brust oder den betroffenen Teil der Brust entfernen? Und wie ist es mit der Operation der Lymphknoten in der Achselhöhle? Eine **spanisch/niederländische Forschungsgruppe** konnte aufzeigen, dass in einigen Fällen eine solche Operation vermieden werden kann. Sicher ein grosser Fortschritt für die Patientinnen, aber auch hier gibt es noch viel zu tun!

Die Radiotherapie gehört seit Jahrzehnten zu den Instrumenten in der Behandlung von Brustkrebs. Normalerweise wird sie nach der Operation angewendet.

Sehr interessant war die Präsentation von **Coles** über prä-operative Radiotherapie. Welche Vorteile hat eine solche Strategie? Sicher sind die wichtigsten, dass man den Tumor gut sieht und deswegen die Radiotherapie sehr gezielt anwenden und den Erfolg (seltener den Misserfolg) sehr gut beobachten kann. Gezielt den Tumor zu bestrahlen ist nicht einfach, wenn die Patientin eine Tumorentfernung hatte und sich einer Re-Modellierung der Brust unterzieht (wo genau war dann wirklich der Tumor?) oder wenn eine Patientin mit der Brustentfernung eine sofortige plastische Brust-Rekonstruktion erhalten hat. Eine klinische Studie über prä-operative Radiotherapie ist im Gang, und die ersten Resultate zeigen wenige Komplikationen, weniger Fibrose und weniger häufig schlechte kosmetische Resultate. Daran muss weitergearbeitet werden!

Für die Patientinnen sehr relevant war die Debatte betreffend **Nachsorge**. Soll man den Richtlinien folgen (Mammographie ein Mal pro Jahr) oder soll man ein individualisiertes Programm (mit Blutkontrollen und verschiedenen radiologischen Kontrollen) durchführen? Die Daten, die für eine einfache Nachsorge sprechen, stammen aus alten Studien in der Zeit als die PET-Diagnose noch nicht eingeführt war, und zeigen, dass Blutkontrollen und radiologische Abklärungen (abgesehen von jährlicher Mammographie) keinen Vorteil bringen. Neue Daten, die für eine strengere Nachsorge sprechen, gibt es leider bis heute nicht, sodass am Ende der Debatte die Mehrzahl der Anwesenden für eine weiterhin einfache Nachkontrolle stimmte.

In der Session über **Screening** war eine Präsentation aus **Finnland** sehr relevant. Patientinnen, die bei der Screening-Mammographie angeben, einen Knoten zu spüren, aber eine negative Mammographie haben, entwickeln dreimal häufiger Intervall-Tumoren. Die Intervall-Tumoren

werden zum Teil sogar einen Monat nach der normalen Mammographie diagnostiziert. Die Autoren ziehen die Schlussfolgerung, dass Patientinnen, die beim Screening Symptome angeben, viel häufiger kontrolliert werden müssen, da sie viel häufiger einen Intervall-Krebs entwickeln.

Bei Frauen mit dichtem Drüsengewebe ist es häufig schwierig, eine Brustkrebs-Diagnose zu stellen. Die digitale Tomosynthese ist da behilflich, die Daten scheinen aber heute noch nicht so stabil zu sein, dass man die Methode zum Screening befürworten kann.

Interessant waren die **Keynote lectures**; die Immunotherapie wird im Moment sehr stark untersucht und hat Resultate gezeigt, die grosse Hoffnungen geweckt haben. Die Hormonresistenz (warum spricht ein Tumor nicht mehr auf Hormontherapien an?) wird auch immer genauer untersucht und verstanden.

Viel zu wenig Zeit wurde der „Basis-Wissenschaft“ des Brustkrebses gewidmet. Wenn wir bessere Behandlungsmöglichkeiten entwickeln wollen, dann sollten wir die Mechanismen (auf zellulären oder molekularen Ebenen) kennen und verstehen. Ohne dies bleiben wir einfach immer noch empirisch!

Sehr enttäuschend für mich war die Europa Donna Session über den **metastasierten Brustkrebs**. Heute noch gilt ein metastasiertes Mammakarzinom als eine unheilbare Krankheit, auch wenn viele Patientinnen lange mit guter Lebensqualität überleben können. Klar haben Patientinnen in diesem Stadium der Erkrankung andere Bedürfnisse und Prioritäten als Patientinnen mit einem potenziell heilbaren Frühstadium. Aber sind heutzutage in Europa die Pflegefachleute immer noch so schlecht, sind die neuen Medikamente immer noch nicht verfügbar? Ich glaube dass die Patient Advocates auch einen Schritt voran machen sollten und neue innovative Vorschläge machen und nicht in alten Clichés stecken bleiben sollten. Was brauchen heute Patientinnen mit metastasiertem Krebs? Was ist ihnen wichtig? Wo sollen die Forschungsprioritäten liegen?