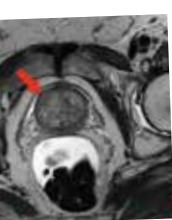
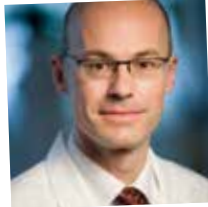


krebs:hilfe!

HEFT 1-2/2016



TIEF-
GREIFENDER
WANDEL DER
ONKO-
LOGISCHEN
RADIOLOGIE
SEITE II



DIE PATHOLO-
GIE WURDE
NEU DEFINIERT
SEITE III

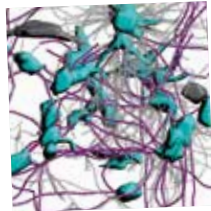


INNOVATIONEN
IM BEREICH
DER NUKLEAR-
MEDIZIN
SEITE IV

IMMER
PRÄZISERE
STRAHLEN-
THERAPIE
SEITE V



KEINE
GROSSEN
DURCH-
BRÜCHE BEI
DEN HIRN-
TUMOREN
SEITE VI

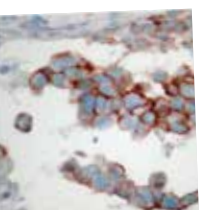


NEUE
GUIDELINES
BEIM MAMMA-
KARZINOM
SEITE VII

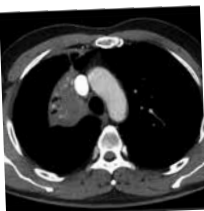


Der große Jahres- rückblick

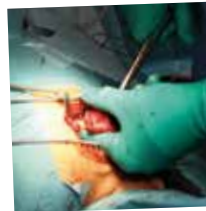
HIGHLIGHT
(AUCH) DIESES
JAHRES:
DIE IMMUN-
THERAPIE
SEITE VIII



ZAHLEICHE
NEUERUNGEN
BEIM LUNGEN-
KARZINOM
SEITE VIII



BAHNBRE-
CHENDE
FORTSCHRITTE
IN DER MELA-
NOMTHERAPIE
SEITE XI



EINZUG DES
ROBOTERS IN
DIE ONKO-
LOGISCHE
VISZERAL-
CHIRURGIE
SEITE XIV



DIE DREI
WICHTIGSTEN
STUDIEN BEI
SD-KARZINOM
UND NET
SEITE XV



PANKREAS-
CHIRURGIE:
RECHTZEITIG
UND WENIGER
INVASIV
SEITE XVI



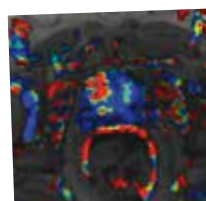
GYN-ONKO-
UPDATE
SEITE XVII



MEDIKAMEN-
TÖSE THERA-
PIE DES
KOLOREKTAL-
KARZINOMS
SEITE XVIII



NEUE
GUIDELINES
BEIM RCC
SEITE XIX



HÄMATO-
ONKOLOGIE
2015
SEITE XX



Neue Guidelines beim Mammakarzinom

VON UNIV.-PROF. DR. FLORIAN FITZAL, F.E.B.S.

Resektionsrand

Bis jetzt war es unklar, wie viel Millimeter Abstand das Mammakarzinom zum Resektionsrand haben soll, damit keine Nachresektion nötig ist. Nun haben neue Studien gezeigt, dass es ausreicht, keine Tumorzelle am Resektionsrand zu haben. Man ist also von den Millimeter-Angaben abgekommen. Dies gilt sowohl für invasive als auch für nicht invasive Brusttumore (ductale intraepitheliale Neoplasien). Dies wurde von der Amerikanischen Krebsgesellschaft als Guideline übernommen und in einer großen Studie, die 2015 am größten Brustkrebskongress in Amerika (SABCS) vorgestellt wurde, bestätigt (*Bodilsen SABCS 2015*).

Lymphknotenchirurgie nach neoadjuvanter Chemotherapie

Durch die immer häufigere Verwendung neoadjuvanter Chemotherapien (NACT) werden Chirurgen vor neue Herausforderungen gestellt. Lange Zeit war es unklar, ob man nach einer NACT eine Sentinel Exstirpation (SNB) durchführen kann oder nicht. Nun haben einige in 2015 publizierte Studien zeigen können (*Boughy 2015 Ann Surg; Boileau JCO 2014; Kuehn Lancet Oncol 2013*), dass bei Einhalten zumindest einer der folgenden Maßnahmen eine SNB nach NACT sicher ist:

- Entfernung von mindestens drei Sentinellymphknoten
- Verwendung von zumindest zwei Detektionsmethoden (Blau und Nuklearmedizin)
- Markierung von Lymphknoten, die vor der NACT suspekt sind und Nachweis ihrer Entfernung nach der NACT

Sollten im Sentinellymphknoten isolierte Tumorzellen, Mikro- oder Makrometastasen nach einer NACT gefunden werden, empfiehlt es sich immer noch, eine Axilladisektion durchzuführen. Dies steht im Kontrast zu Frauen ohne NACT, bei denen auf Grund von Mikrometastasen und isolierten Tumorzellen keine Axilladisektion mehr nötig ist, bei Makrometastasen auch in einzelnen Fällen eine Axilladisektion entfallen kann. Dies sollte unbedingt auch die Indikation für eine NACT mitbestimmen.

Knochengesundheit

Das mit Hilfe von Josef Penninger entwickelte Medikament Denosumab verbessert nicht nur die Knochendichte sondern reduziert bei Frauen unter endokriner Therapie auch die Frakturrate um 50 Prozent und scheint auch einen positiven Effekt auf die Rezidivwahrscheinlichkeit auszuüben (*Gnant SABCS 2015 und Lancet Oncol 2015*). Dieses Konzept wurde schon einmal von der ABCSG im Rahmen der Studie 12 mit Zoledronsäure gezeigt, nun

aber auch mit einem praktisch nebenwirkungsfreien Medikament, das nur zwei Mal im Jahr unter die Haut gespritzt werden muss. Ein echter Durchbruch – leider noch nicht dafür zugelassen.

Gezielte Therapie

Als Durchbruch kann man auch die seit 2015 zugelassene Therapie der Kombination Trastuzumab und Pertuzumab ansehen. Beide sind nun mit einer Chemotherapie als Backbone sowohl im metastasierten Setting in der Erstlinie als auch im neoadjuvanten Bereich primär bei Frauen mit einem HER2-positiven Mammakarzinom zu empfehlen und schaffen nicht nur eine längere Progressionsfreiheit (CLEOPATRA) sondern auch eine sehr hohe pathologisch komplette Remission (NeoSphere und TRYPHAENA).

Als besonders vielversprechend in der Brustkrebstherapie gelten derzeit Inhibitoren der zyklinabhängigen Kinase-4 und -6 (CDK-4/-6). So verlängerte der Wirkstoff Palbociclib das PFS in Kombination mit Fulvestrant bei hormonrezeptorpositivem, HER2-negativem, fortgeschrittenem Brustkrebs nach Progression unter endokriner Therapie (9,2 vs. 3,8 Monate). Gleichzeitig war die Verträglichkeit sehr gut. Studien, die Palbociclib in früheren Krankheitsstadien prüfen, laufen derzeit. U.a. untersucht die Studie ABCSG-36/PENELOPE Palbociclib vs. Placebo als post-neoadjuvante Therapie bei Patientinnen mit frühem hormonrezeptorpositivem, HER2-negativem Brustkrebs und hohem Rückfallrisiko. Die globale Studie ABCSG 42/PALLAS evaluiert, unter österreichischer Leitung, einen möglichen Benefit für die adjuvante Therapie.

Endokrine Therapie

Bei prämenopausalen Frauen gibt es seit 2015 eine neue endokrine Kombinationstherapie, die sich signifikant besser auf das onkologische Ergebnis auswirkt. Anstatt wie bisher Tamoxifen zu verschreiben, sollte man nun gerade bei jungen Frauen unter 35 bzw. bei Frauen nach einer Chemotherapie und prämenopausalem Status vor Chemotherapie eine Kombination aus Exemestan und Goserelin empfehlen. Dies verbessert das rezidivfreie Überleben um 35 Prozent (TEXT *Pagani NEJM 2014 und SOFT Francis NEJM 2015*). <



Univ.-Prof. Dr. Florian Fitzal, F.E.B.S.

Leiter Brust-Gesundheitszentrum, Abteilung für Allgemeine und Viszeralchirurgie, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz