



Deutschland

- Translationale Forschung: Wie tumorbiologische Erkenntnisse den Behandlungserfolg verbessern können
- Buchempfehlung: Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms – State of the Art 2008
- Klinische Studien im Netz
- Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen

Schweiz

- Prophylaktische Mastektomie – aktuelle Daten, Technik und offene Fragen
- Eine Seilschaft der Solidarität auf einen 4000er
- Publikationen

Die Geschäftsstelle informiert

Online-Zugang zu The Breast (Elsevier)

Die Deutsche Gesellschaft für Senologie bietet ihren Mitgliedern den Online-Zugang zu **The Breast (Elsevier)**.

Die Zeitschrift *The Breast* ist eine wichtige Informationsquelle für Chirurgen, Onkologen, Epidemiologen, Biochemiker, Pathologen, Radiologen, Endokrinologen, Medizinische Statistiker und Krankenschwestern. Sie informiert über aktuellste Informationen zu allen Brusterkrankungen. *The Breast* stellt eine umfassende Berichterstattung mit Ursachenforschung, Biologie und forschenden, medizinischen sowie chirurgischen Aspekten zur Verfügung.

Der Online-Zugang zu *The Breast* ist über den Mitgliederbereich unter **www.senologie.org** ein Benefit für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Senologie.

Patienteninfos

NEU

Mit den Patienteninfos der Deutschen Gesellschaft für Senologie möchten wir Patientinnen, Interessierte und Ärzte über aktuelle Themen und Aktivitäten der Gesellschaft informieren.

Wenn Sie die kostenfreien Patienteninfos zur Auslage in Ihrem Wartezimmer regelmäßig erhalten möchten, senden Sie bitte eine formlose E-Mail mit Ihren Kontaktdaten an: mail@senologie.org.

Kontakt

Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V.

Geschäftsstelle (Mo.–Fr.: 08.00 Uhr bis 14.00 Uhr)

Postfach 30 42 49, 10757 Berlin, Germany

Tel.: +49 (0)30 – 8 50 74 74-0

Fax: +49 (0)30 – 85 07 98 27

E-Mail: mail@senologie.org

Website: www.senologie.org

HERAUSGEBER

Deutschland

Deutsche Gesellschaft für Senologie
Redaktion: S. Brucker, Tübingen

Geschäftsstelle
Postfach 30 42 49
10757 Berlin, Deutschland

Tel. +49 (0)30 – 8 50 74 74-0

Fax +49 (0)30 – 85 07 98 27

E-Mail mail@senologie.org

Web www.senologie.org

Österreich

Österreichische Gesellschaft für Senologie
Redaktion: T. Wagner, Wien

Gesellschaftssekretariat
Wiener Medizinische Akademie
Alser Straße 4
1090 Wien, Österreich

Tel. +43 (0)1 – 4 05 13 83-20

Fax +43 (0)1 – 4 05 13 83-23

E-Mail senologie@medacad.org

Web www.senologie.at

Schweiz

Schweizerische Gesellschaft für Senologie
Redaktion: I. Langer, Lausanne
M. Zuber, Olten

CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Service de Chirurgie Viscérale
Rue du Bugnon 46
1011 Lausanne, Schweiz

Tel. +41 (0)21 – 3 14 52 59

Fax +41 (0)21 – 3 14 67 61

E-Mail igor.langer@chuv.ch

Web www.senology.ch



Translationale Forschung: Wie tumorbiologische Erkenntnisse den Behandlungserfolg verbessern können

Prof. Dr. med. Nadia Harbeck, Pressestatement im Rahmen des European Breast Cancer Conference (Berlin, 15–19 April 2008)

Um die Heilungschancen bei Brustkrebs zu verbessern, müssen neue Erkenntnisse aus der Tumorbiologie konsequent genutzt und weiter entwickelt werden. Wie sinnvoll dies ist, zeigt die neue Testmethode, mit der die Konzentration bestimmter Eiweißstoffe (uPA und PAI-1) im Tumorgewebe gemessen werden kann. So genannte nodal-negative Patientinnen, deren Lymphknoten frei von Tumorbefall sind, haben demnach bei einem niedrigen uPA/PAI-1-Gehalt eine sehr gute Prognose für den weiteren Krankheitsverlauf. Bei diesen Patientinnen kann sogar erwogen werden, auf eine vorbeugende (adjuvante) Chemotherapie zu verzichten.

Eines der wichtigsten Ziele der Therapie nach Erstdiagnose ist die Vermeidung von Unter- aber auch Übertherapie. Heute ist es möglich, anhand tumorbiologischer Faktoren den Krankheitsverlauf genau vorherzusagen. Um den Gehalt von uPA/PAI-1 zu messen, wird frisches oder tiefgefrorenes Tumorgewebe untersucht, das bei einer Stanzbiopsie oder Operation entnommen wurde. Für Patientinnen kann das Testergebnis therapieentscheidend sein: Patientinnen mit niedrigem uPA und PAI-1 im Tumorgewebe (etwa 35–45 % aller nodal-negativen Patientinnen) brauchen sich aufgrund ihrer guten Heilungschancen nicht unbedingt einer adjuvanten Chemotherapie unterziehen. Dieser Test wird seit Ende 2007 in den Leitlinien der ASCO (American Society of Clinical Oncology) empfohlen. Er wurde maßgeblich in Deutschland entwickelt und ist seit 2002 in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) verankert. Auch außerhalb von Studien ist der uPA/PAI-1-Test somit zur Therapieentscheidung bei frühem Brustkrebs empfohlen.

In der laufenden NNBC-3-Studie wird derzeit in Zusammenarbeit mit AGO, der German Breast Group (GBG) und der EORTC PathoBiologyGroup die optimale Chemotherapie für Patientinnen mit hohem uPA/PAI-1 untersucht. Die NNBC-3-Studie besetzt mit mehr als 2.500 bereits eingeschlossenen Patientinnen einen Spitzenplatz unter den insgesamt drei weltweit laufenden Studien (zusätzlich TailorRX: Recurrence Score, MINDACT: 70 Gen Signatur) zur Frage nach der optimalen tumorbiologischen Einschätzung von Rückfallrisiko und der Vermeidung unnötiger Chemotherapien beim frühen Brustkrebs.

Leider ist die verbesserte Versorgung bislang nicht über den Vergütungskatalog der Krankenkassen abgedeckt. Viele Brustzentren und Frauenkliniken subventionieren ihre Strukturen wie auch die uPA/PAI-1-Testung aus klinikeigenen Mitteln. Hier muss ein Umdenken bei den Kostenträgern stattfinden.

Professor Dr. Nadia Harbeck vom Klinikum rechts der Isar in München ist eine der Pionierinnen, wenn es um neue Behandlungsmethoden geht. Die von ihr mitentwickelte Testmethode, mit der die Konzentration bestimmter Eiweißstoffe (uPA und PAI-1) im Tumorgewebe gemessen wird, kann Patientinnen dabei helfen, sich für oder gegen eine Chemotherapie zu entscheiden. Für ihre Forschung wurde Professorin Nadia Harbeck eine besondere Ehre zuteil. Sie war berufen worden, die „Emmanuel van der Schueren Lecture“ zu halten, mit der die 6. Europäische Brustkrebs Konferenz (EBCC-6) in Berlin eröffnet wurde.

BUCHEMPFEHLUNG

Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms – State of the Art 2008

M. Untch, H. Sittek (Hrsg.), 5. Auflage 2008, 420 Seiten, Hardcover, ISBN 978-3-88603-915-9, € 89,50



Die 5. Auflage des Buches markiert das zehnjährige Jubiläum seit dem ersten Erscheinen dieses Werkes. Alle wichtigen Themen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge beim Mammakarzinom werden wie gewohnt auf dem aktuellsten Stand und von Experten der jeweiligen Themen präsentiert.

Die folgenden Bereiche finden sich in dem Buch: Epidemiologie, hereditäres Mammakarzinom, bildgebende und minimalinvasive Diagnostik, DCIS, Pathohistologie, operative Therapie, Strahlentherapie, Tumorbiologie, Prognoseverfahren, primär systemische Therapie, systemische Therapie, symptomorientierte Therapie, Nachsorge und Rehabilitation. Auch die rechtliche Situation des „nicht erkannten“ Mammakarzinoms ist ein Thema sowie ein Beitrag über die Patientinnen-Sicht. Neu aufgenommen wurde ein Beitrag zur Ökonomie und den Kosten der Mammakarzinomdiagnostik und -therapie.

Dieses Buch ist als eine Erweiterung zu den aktuellen Leitlinien gedacht und sollte sowohl dem praktisch tätigen Arzt als auch dem Spezialisten immer wieder zum Nachschlagen und Nachlesen dienen.



Klinische Studien im Netz

Studienportal der Deutschen Gesellschaft für Senologie

Das Portal www.brustkrebs-studien.de wird mit dem Best Practice Award ausgezeichnet

Im Rahmen des Deutschen Krebskongresses und des 3. Krebsaktionstages am 24. Februar 2008 wurde das Portal Brustkrebs-Studien.de mit dem Best Practice Award „Mehr Dialog bei Krebs“ ausgezeichnet. Der von der Deutschen Krebsgesellschaft und Novartis Oncology getragene Preis honoriert Projekte, die sich für eine Intensivierung des Dialogs zwischen Patient und Arzt einsetzen und bewertet hierbei den Nutzen für den Patienten, Innovationscharakter und Reichweite des Projekts.

Brustkrebs-Forschung wird zugänglicher für Betroffene

Den ersten Platz erreichte das „Internet-Portal Brustkrebs-Studien.de“ vom Institut für Frauengesundheit Baden-Württemberg. Das Portal möchte Brustkrebs-Forschung zugänglicher machen. Ziel ist es, das Bewusstsein zur Teilnahme an klinischen Studien in Deutschland zu stärken, Beratungsaktivitäten von Ärzten zu unterstützen, dem Informationsbedürfnis von Frauen gerecht zu werden und den Rekrutierungsprozess zu vereinfachen.

Transparenz und Effizienz bei der Studiendurchführung

Das Studienportal liefert Fachärzten und Betroffenen einen Überblick über laufende klinische Studien mit Studienprotokollen, Therapiekonzepten, Studienzentren sowie aktuellen Meldungen. Studienergebnisse und Publikationen können direkt eingegeben werden.

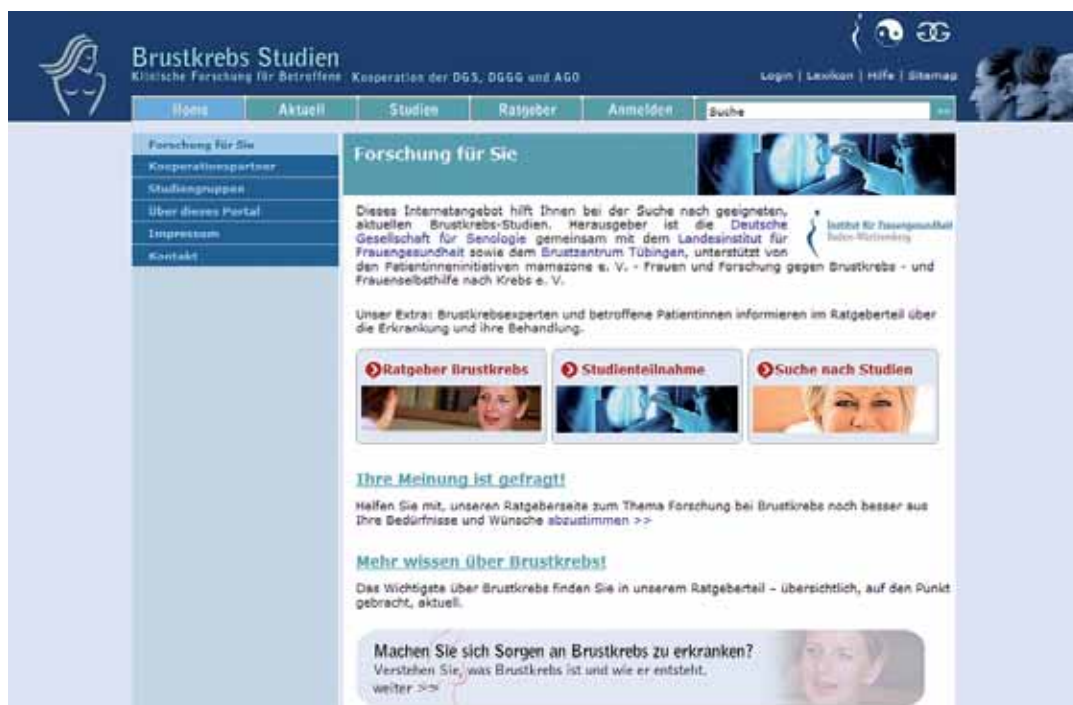
Ratgeber „Leben mit Brustkrebs“ – das Informationsportal

Zusätzlich informiert der Ratgeber „Leben mit Brustkrebs“ über Therapien, Nachsorgeformen und Hilfsmöglichkeiten, die jede von Brustkrebs betroffene Frau in Anspruch nehmen kann. Neben medizinischen Inhalten, einem Glossar mit Fachbegriffen oder Tipps für das Arztgespräch sind vor allem die Adressen von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und anderen Ansprechpartnern von Bedeutung.

- Wie entsteht Brustkrebs?
- Welche Behandlungsmöglichkeiten in Therapiestudien gibt es?
- Wie lässt sich die Qualität einer Studie erkennen?
- Rechte und Pflichten der Studienteilnehmerinnen

Auskünfte, Anmeldung und Informationen zum Studienportal

Deutsche Gesellschaft für Senologie, Geschäftsstelle
Postfach 30 42 49, 10757 Berlin
E-Mail: mail@senologie.org
Webseite: www.brustkrebs-studien.de





Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen

Hilde Schulte, Bundesvorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Brustkrebspatientinnen bedürfen im Rahmen der Nachsorge einer intensiven interdisziplinären Betreuung und Begleitung. Die neuen, mehr als fünf Jahre andauernden systemischen Langzeittherapien machen häufig eine Behandlung der Neben- und Folgewirkungen erforderlich.

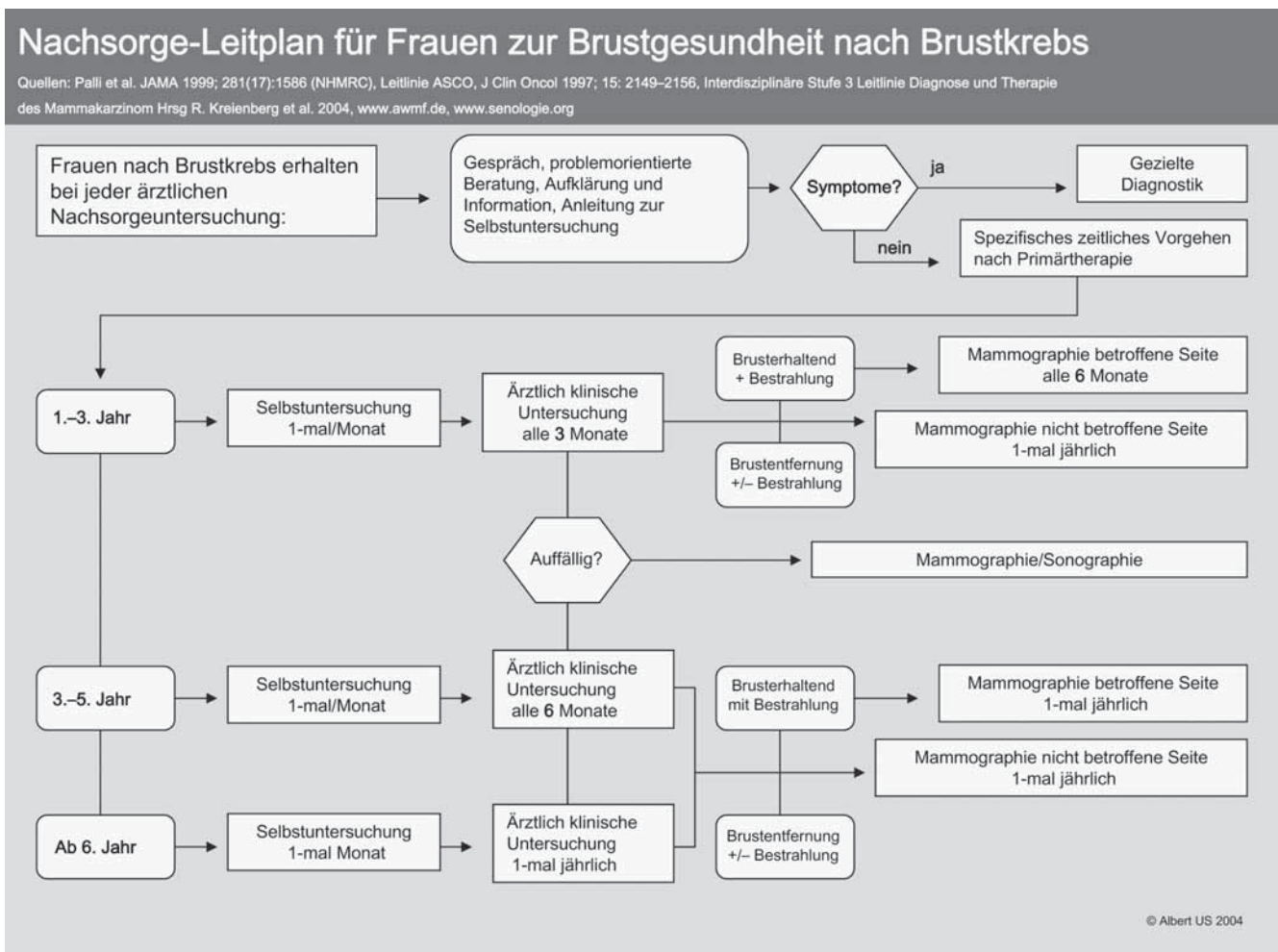
Die Nachsorge beginnt laut überarbeiteter interdisziplinärer S3-Leitlinie mit der abgeschlossenen lokalen Primärbehandlung, d. h. nach der Operation und nach Abschluss der Bestrahlung. Sie ist jedoch nicht mehr auf einen Zeitraum von 5 Jahren begrenzt, sondern aufgrund der unterschiedlichen Risikokonstellationen auf 10 Jahre erweitert worden.

Es fehlen Studien, um eine individualisierte, risikoadaptierte Nachsorge einfordern zu können.

Basis der Nachsorge sind Zuwendung und Gespräch sowie eine problemorientierte Beratung mit dem Ziel, Ängste abzubauen und die Lebensqualität zu verbessern. Neben Anamnese und Tastuntersuchung spielt die Mammographie sowohl nach brusterhaltender Operation als auch nach Mastektomie eine zentrale Rolle, um Rezidive oder kontralaterale Mammakarzinome frühzeitig und kurativ behandelbar entdecken zu können.

Erwähnt werden muss, dass Brustkrebspatientinnen nicht in das Mammographie-Screening mit einem 2-jährigen Untersuchungsintervall integriert werden dürfen.

Das Nachsorgeschema soll eine Orientierung und Hilfestellung für Patientinnen und auch für Ärzte sein. Es stellt übersichtlich die jeweilige Vorgehensweise in den unterschiedlichen Zeitzonen dar und bezieht Selbstuntersuchung, Aufklärung und Maßnahmen bei Symptomen mit ein.



Nachsorge ist für 10 Jahre festgeschrieben. Laboruntersuchungen und andere bildgebende Verfahren (außer Mammographie) nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv und/oder Metastasen.



Prophylaktische Mastektomie – aktuelle Daten, Technik und offene Fragen

G. Pierer, J. Farhadi, M. Haug, O. Scheufler, gpierer@uhbs.ch,
Univ.-Klinik für Wiederherstellende Chirurgie, Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie, Universitätsspital Basel

Die Prävention des Mammakarzinoms hat durch die Identifikation hereditärer Faktoren, insbesondere dem genetischen Nachweis von chromosomalen BRCA-1- und BRCA-2-Mutationen, eine neue Bedeutung erlangt. Das mit der Trägerschaft dieser Mutationen verbundene lebenslang erhöhte Risiko, an einem Mammakarzinom zu erkranken, beträgt zwischen 40 und 70 %. Obwohl die hereditären Formen (BRCA-1- und BRCA-2-Mutationen, Cowden-Syndrom, Li-Fraumeni-Syndrom, Peutz-Jeghers-Syndrom, Ataxia teleangiectasia) nur 5–10 % aller Mammakarzinome ausmachen und nur 0,1 % der Frauen eine Genmutation von BRCA 1 und BRCA 2 haben, liegt in der Entwicklung sicherer Präventivmaßnahmen für diese Hoch-Risiko-Population eine besondere Herausforderung.

Neben der Möglichkeit von engmaschigen klinischen Kontrollen mit psychologischer Betreuung werden die Chemoprävention und prophylaktische Operationen, wie die bilaterale Oophorektomie und die bilaterale Mastektomie, angeboten. Das Problem der prophylaktischen Operationen ist die Entfernung eines gesunden Organs und der mutilierende Charakter der Mastektomie. Das ethische Dilemma besteht für den Chirurgen darin, ein gesundes Organ vorsorglich zu entfernen, welches bei manifester Erkrankung mit zunehmender Häufigkeit brusterhaltend therapiert wird. Hier ist die Prävention aggressiver als die Therapie. Weitere Probleme ergeben sich aus der Heterogenität der Hoch-Risiko-Populationen und der unsicheren Datenlage.

Aus ethischen Gründen existieren keine prospektiv randomisierten Studien zur Reduktion des Mammakarzinomrisikos durch die prophylaktische Mastektomie. Aktuelle Empfehlungen lassen sich daher nur aus retrospektiven Studien und statistischen Modellen ableiten, die methodische Limitierungen aufweisen.

Die Häufigkeit hereditärer Mammakarzinome mit autosomal dominanten Genmutationen wird auf 5–10 % geschätzt, wovon Träger von BRCA-1- und BRCA-2-Mutation etwa 80 % ausmachen. Weitere 15–20 % der Mammakarzinome der Frau werden familiären Formen ohne bekannten autosomal dominanten Vererbungsmodus zugerechnet, bei denen andere genetische Faktoren und Umwelteinflüsse vermutet werden. Bei den hereditären Mammakarzinomen variiert das Risiko, an einem Mammakarzinom zu erkranken, bei

Trägern von BRCA-1-Mutationen zwischen 45 % und 85 % und bei BRCA-2-Mutationen zwischen 26 % und 85 %. Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Risiko für ein Ovarialkarzinom, das bei Trägern von BRCA-1-Mutationen auf 16–63 % und bei Trägern von BRCA-2-Mutationen auf 10–20 % geschätzt wird.

In Hoch-Risiko-Populationen (BRCA 1/BRCA 2) wird geschätzt, dass das Risiko, an einem Mammakarzinom zu erkranken, durch prophylaktische bilaterale Mastektomie um 90 % und durch prophylaktische bilaterale Oophorektomie um 50 % reduziert werden kann. Nach Sicherung des individuellen genetischen Risikos, umfassender gynäkologischer und radiologischer Diagnostik, Aufklärung über die Alternativen (engmaschige Verlaufskontrollen, Chemoprävention, prophylaktische bilaterale Oophorektomie) und psychologischer Beratung kann die Indikation zur prophylaktischen Mastektomie gestellt werden. Die Patientin muss jedoch wissen, dass hierbei Drüsengewebe und damit ein Restrisiko verbleibt und die Entwicklung eines Mammakarzinoms trotz der beidseitigen Mastektomie nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Das Risiko hängt hierbei von der Art und Durchführung der prophylaktischen Mastektomie ab. Diese kann als modifiziert radikale Mastektomie, einfache Mastektomie, Skin-Sparing-Mastektomie oder subkutane Mastektomie, jeweils ohne axilläre Lymphknotendisektion, durchgeführt werden. Während bei der Skin-Sparing-Mastektomie der Hautmantel erhalten und die Brustwarze entfernt wird, bleibt bei der subkutanen Mastektomie auch die Brustwarze erhalten. Im Gegensatz zum erhöhten Rezidivrisiko beim DCIS ist das Risiko durch retromamilläres Drüsengewebe bei der prophylaktischen subkutanen Mastektomie noch nicht geklärt, der ästhetische Vorteil hingegen evident. Die subkutane Mastektomie mit Erhalt des NAC (Nippel-Areola-Complex) bietet daher gegenüber der Skin-Sparing-Mastektomie deutliche ästhetische und funktionelle Vorteile.

Aufgrund der Tragweite und Irreversibilität einer prophylaktischen Operation ist zuvor eine umfassende Information und Beratung der Patientin erforderlich. Diese erfolgt an unserer Klinik in Zusammenarbeit mit einem Humangenetiker, Onkologen, Psychologen, Gynäkologen und Chirurgen. In schwierigen Fällen kann ein Ethikkomitee sinnvoll sein. Nach vollständiger gynäkologischer und radiologischer Diagnostik und der Sicherung des individuellen genetischen Risikos sowie ggf. psychologischer Beratung kann die Indikation zur prophylaktischen Mastektomie gestellt werden.

Die bilaterale prophylaktische Mastektomie kann bei Hoch-Risiko-Patienten und hereditären Formen des Mammakarzinoms das Risiko um 90 % reduzieren und daher in ausgewählten Fällen eine effektive prophylaktische Maßnahme darstellen.



Eine Seilschaft der Solidarität auf einen 4000er

Eine Aktion von Zonta Morges-La Côte und Europa Donna Schweiz – Herbst 2008

Eine gemeinsame Aktion von ZONTA Morges-la-Côte und Europa Donna Schweiz um zu zeigen, dass auch nach einem Brustkrebs ein erfülltes Leben möglich ist.

Der Alpinismus ist ein Sport, der Mut, Ausdauer, aber auch Solidarität verlangt: das sind genau die Eigenschaften, die eine Frau benötigt, die an einem Brustkrebs erkrankt ist.

Projekt

Brustkrebs trifft eine von zehn Frauen in der Schweiz und ihren Nachbarländern. Wenngleich es für diese Krankheit sehr moderne therapeutische Möglichkeiten gibt, hinterlässt sie jedoch physische und psychische Spätfolgen, die schwer zu heilen sind. Es bleibt noch viel zu tun in Bereichen wie soziales Umfeld, Behandlung, rechtliche Situation, Anerkennung und Ausbildung.

Um zu beweisen, dass man sich nach dieser Krankheit wieder aufrichten kann, und auch um Frauen, die in ihrer Gesundheit betroffen sind, Mut zu machen, stellen sich ZONTA Morges-la-Côte und das Schweizer Forum von Europa Donna folgende Herausforderung: gemeinsam den Gipfel eines Viertausenders erreichen. Diese sportliche Hochleistung ist für September 2008 vorgesehen und soll brustkrebsbetroffene Frauen mit solchen zusammenbringen, die sich für Brustkrebs engagieren, unterstützt von Bergführern und einer Gruppe von freiwilligen Helfern. Beim vorgesehenen Viertausender handelt es sich um das Breithorn (4.164 m) bei Zermatt.

Mit der „Seilschaft der Solidarität auf einen Viertausender“ möchten wir jedem klarmachen, dass es möglich ist, nach einem Brustkrebs ein voll aktives Leben zu führen. Wir möchten insbesondere die Aufmerksamkeit auf die Solidarität unter Frauen lenken und zeigen, wie wichtig Hilfe und Unterstützung sind. Seine eigenen Grenzen überschreiten, bedeutet auch sein Selbstvertrauen wiederzugewinnen, ein Gefühl, das häufig bei einer Krebserkrankung massiv abhanden gekommen ist. Wir möchten dieses Event publizistisch national und international bekannt machen, um ein möglichst weites Publikum zu erreichen.

Die Organisatoren

Zonta Morges-la-Côte

Der Zonta Club Morges-la-Côte ist ein weiblicher Service-Club. Er ist einer von 1.250 Clubs des Zonta International, einem weltweiten Netzwerk von berufstätigen Frauen, 1919 in den USA und 1930 in Europa gegründet. Seine Mitglieder verpflichten sich durch konkrete Aktionen, die Stellung der Frau im beruflichen und alltäglichen Bereich zu verbessern und aufzuwerten, und dies auf internationaler, nationaler und lokaler Ebene.

Der ZC Morges-la-Côte möchte ein Netzwerk auf professioneller Ebene sein, aber auch auf Freundschaft und Kompetenzen basierend Synergien und Allianzen mit anderen Vereinigungen und Clubs bilden.

Europa Donna Schweiz (EDS)

EDS wurde im September 2002 gegründet, sodass auch die Schweiz sich dem europäischen Netzwerk von Europa Donna anschliesst, eine Koalition, die in 39 Ländern aktiv ist. Dieses europäische Netzwerk ist aus dem Willen heraus entstanden, Unterstützung und Solidarität für Brustkrebs zu mobilisieren. Wenn die Schweiz auch ein reiches technologisch-therapeutisches Angebot und reichhaltige Forschung für Brustkrebs hat, so mangelt es dennoch an der Förderung von therapeutisch-übergreifenden Institutionen, psychologischer Unterstützung, sozialer Solidarität und Information, oder gar der Berücksichtigung der alltäglichen Realitäten.

EDS hat sich vorgenommen, den Kampf gegen Brustkrebs voranzutreiben und richtet sich an Regierungen, staatliche Verwaltungen und Nicht-Regierungs-Organisationen, an Organisationen des Gesundheitssektors, an Frauenorganisationen, an die Medien und die öffentliche Meinung.

Die Teilnehmerinnen

Die Veranstaltung richtet sich an Personen, die von der Krankheit betroffen sind, und ihre Angehörigen sowie an Frauen, die im Gesundheitsbereich, der Politik oder dem Journalismus aktiv sind. Die Teilnehmerinnen werden über EDS, Zonta Schweiz, die Schweizer Krebsliga und weitere Organisationen des Gesundheitsbereiches angesprochen. Angestrebtes Ziel sind ca. 60 Teilnehmerinnen.

Parallel wird eine Veranstaltung in Zermatt organisiert, die im Rahmen eines Rundtischgesprächs Solidarität und Brustkrebs thematisieren wird. Wer teilnehmen möchte, sollte

1. von Brustkrebs direkt oder indirekt betroffen sein,
2. kräftemäßig in der Lage sein, den Aufstieg (300 Höhenmeter) zu schaffen.



Publikationen

Journal of Clinical Oncology



Chemoendocrine Compared with Endocrine Adjuvant Therapies for Node-Negative Breast Cancer: Predictive Value of Centrally Reviewed Expression of Estrogen and Progesterone Receptors – International Breast Cancer Study Group

Giuseppe Viale, Meredith M. Regan, Eugenio Maiorano, Mauro G. Mastropasqua, Rastko Golouh, Tiziana Perin, Robert W. Brown, Aniko Kovacs, Komala Pillay, Christian Öhlschlegel, Stephen Braye, Piergiovanni Grigolato, Tiziana Rusca, Richard D. Gelber, Monica Castiglione-Gertsch, Karen N. Price, Aron Goldhirsch, Barry A. Gusterson, and Alan S. Coates

J Clin Oncol 2008; 26: 1404–1410

Impact factor (2006) 13.598

From the Division of Pathology and Laboratory Medicine, European Institute of Oncology, University of Milan, Milan; Department of Pathological Anatomy, University of Bari, Bari; Division of Pathology, Centro di Riferimento Oncologico, Aviano; Anatomia Patologica, Spedali Civili di Brescia, Università Degli Studi di Brescia, Brescia, Italy; International Breast Cancer Study Group Statistical Center, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard School of Public Health, Boston, MA; Institute of Oncology, Ljubljana, Slovenia; Melbourne Pathology, Collingwood, Victoria; Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group, University of Newcastle and Anatomical Pathology, Hunter Area Pathology Service, John Hunter Hospital, New Lambton Heights, New South Wales; University of Sydney, Sydney, Australia; Department of Pathology, Göteborg/Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden; Department of Clinical Laboratory Sciences, Division of Anatomical Pathology, University of Cape Town, National Health Laboratory Services and Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa; Kantonsspital, St Gallen, Swiss Group for Clinical Cancer Research and International Breast Cancer Study Group Coordinating Center, Bern; Istituto Cantonale di Patologia, Locarno; Swiss Group for Clinical Cancer Research; Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona, Switzerland; and Division of Cancer Sciences and Molecular Pathology, Faculty of Medicine, University of Glasgow, United Kingdom.

Abstract

Purpose: To centrally assess estrogen receptor (ER) and progesterone receptor (PgR) levels by immunohistochemistry and investigate their predictive value for benefit of chemoendocrine compared with endocrine adjuvant therapy alone in two randomized clinical trials for node-negative breast cancer.

Patients and Methods: International Breast Cancer Study Group Trial VIII compared cyclophosphamide, methotrexate,

and fluorouracil (CMF) chemotherapy for 6 cycles followed by endocrine therapy with goserelin with either modality alone in pre- and perimenopausal patients. Trial IX compared three cycles of CMF followed by tamoxifen for 5 years versus tamoxifen alone in postmenopausal patients. Central Pathology Office reviewed 883 (83%) of 1,063 patients on Trial VIII and 1,365 (82%) of 1,669 on Trial IX and determined ER and PgR by immunohistochemistry. Disease-free survival (DFS) was compared across the spectrum of expression of each receptor using the Subpopulation Treatment Effect Pattern Plot methodology.

Results: Both receptors displayed a bimodal distribution, with substantial proportions showing no staining (receptor absent) and most of the remainder showing a high percentage of stained cells. Chemo-endocrine therapy yielded DFS superior to endocrine therapy alone for patients with receptor-absent tumors, and in some cases also for those with low levels of receptor expression. Among patients with ER-expressing tumors, additional prediction of benefit was suggested in absent or low PgR in Trial VIII but not in Trial IX.

Conclusion: Low levels of ER and PgR are predictive of the benefit of adding chemotherapy to endocrine therapy. Low PgR may add further prediction among pre- and perimenopausal but not postmenopausal patients whose tumors express ER.

Breast Cancer Research and Treatment



Accuracy of Frozen Section of Sentinel Lymph Nodes: a Prospective Analysis of 659 Breast Cancer Patients of the Swiss Multicenter Study

Igor Langer, Ulrich Guller, Gilles Berclaz, Ossi R. Koehli, Holger Moch, Gabriel Schaer, Mathias K. Fehr, Thomas Hess, Daniel Oertli, Lucio Bronz, Beate Schnarwyler, Edward Wight, Urs Uehlinger, Eduard Infanger, Daniel Burger, Markus Zuber

Breast Cancer Res Treat 2008; epub ahead of print Impact factor (2006) 4.671

For the Swiss Multicenter Study Group Sentinel Lymph Node in Breast Cancer

Abstract

Objective: To assess the accuracy of sentinel lymph node (SLN) frozen section in a prospective multicenter study of early-stage breast cancer patients.



Summary background data: The decision to perform an immediate completion axillary node dissection (ALND) is based on results of SLN frozen section. However, SLN frozen sections are not routinely performed in all centers. Moreover, the accuracy of SLN frozen section remains a matter of great debate.

Methods: Prospective multicenter trial analyzing 659 early stage breast cancer patients (pT1 and pT2 ≤ 3 cm, cN0) enrolled between January 2000 and December 2003. SLN were intraoperatively examined by frozen section. Final histopathology consisted in performing step sectioning as well as staining with H&E and immunohistochemistry.

Results: SLN were identified in 98.3 % (648/659) of all patients. The accuracy of frozen section was 90.1% (584/648), the sensitivity for SLN macro-metastases 98 % (142/145), and the specificity 100%. A total of 47 patients with SLN micro-metastases (n = 36) or isolated tumor cells (n = 11) underwent a delayed completion ALND. In 96 % (45/47) of these patients the ALND specimens were free of macro-metastases.

Conclusions: SLN frozen section provides highly accurate information regarding identification of SLN macro-metastases, a delayed completion ALND can be avoided in 98% of these patients. More importantly, in the present investigation the vast majority (96 %) of patients with SLN micro-metastases or isolated tumor cells undergoing delayed completion ALND did not benefit from the second operation as ALND specimens were free of macro-metastases. We strongly recommend the routine use of SLN frozen section in early stage breast cancer patients.