

Das metastasierte Mammakarzinom



Daniel Sattler

Praxis Gynäkologie Arabella

Maistraße, 10.10.2009



Therapieprinzipien

**Metastasierte Erkrankung =
palliative Therapie!**

Lebensqualität!

Individuelle Therapie!



Lokale Therapieoptionen

Operation: z.B. Stabilisation von Wirbelfrakturen

Radiatio: z.B. Knochen-, Hirnfiliae

Andere: z.B. RFA, LITT, SIRT bei Leberfiliae



Systemische Therapie: Abschätzung Therapieansprechen

möglichst aktuelle Histologie!

(Biopsie der Metastase,
falls vom Aufwand vertretbar)

Hormonrezeptor-Status?

HER2-Status?



Systemische Therapie: Therapieoptionen

Endokrine Therapie

Chemotherapie

Antikörper-Therapie

Bisphosphonate



Endokrine Therapie CHAT-Metaanalyse

	GnRH	GnRH + TAM	p
TTP (Median)	5,4 Mon.	8,7 Mon.	<0,001
ORR	30%	39%	0,03
Survival (Median)	2,5 Jahre	2,9 Jahre	0,02



Endokrine Therapie Prämenopause

GnRH + Tamoxifen

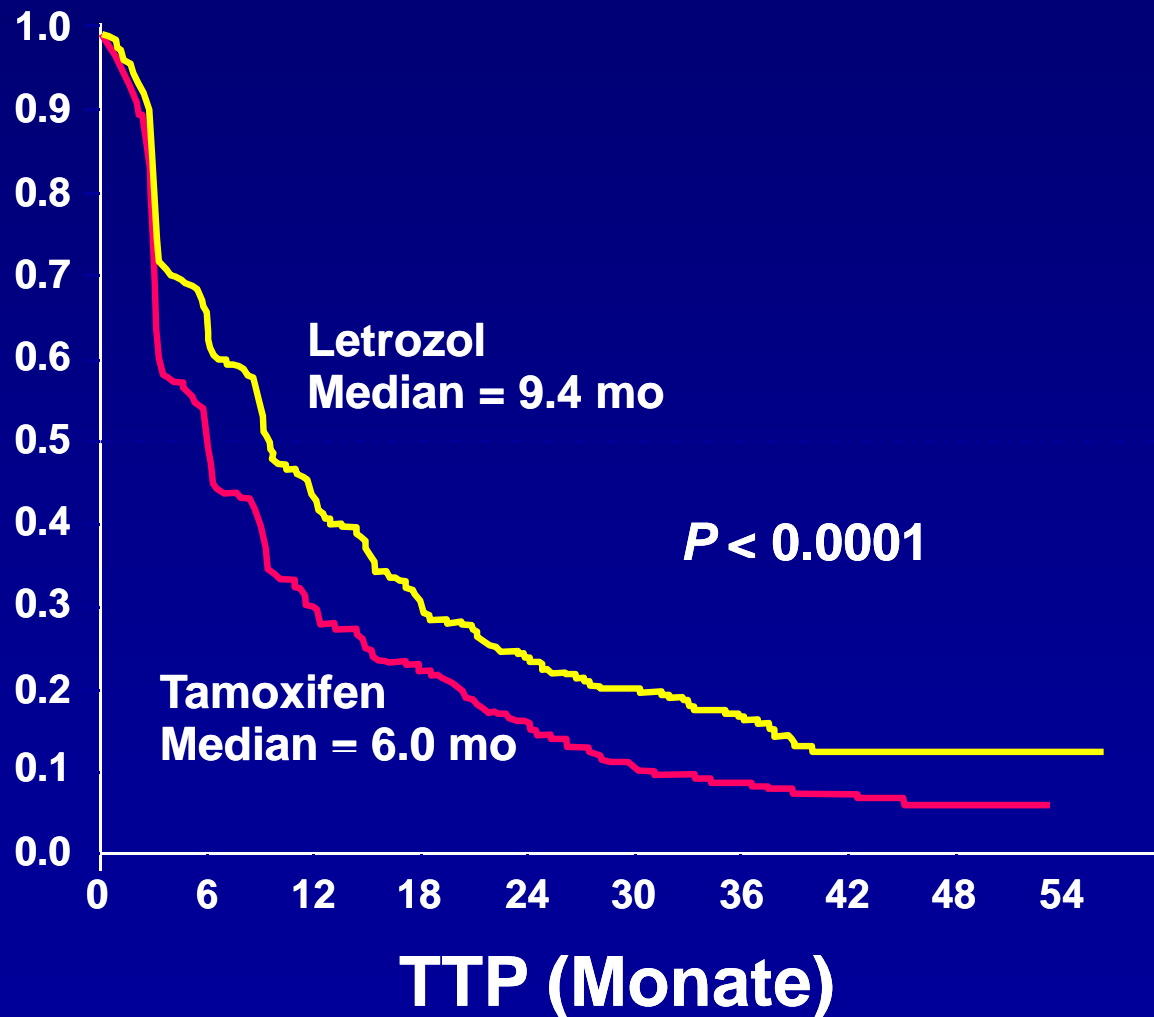
GnRH + Aromatasehemmer

Gestagene/ Fulvestrant? (+GnRH?)



Endokrine Therapie

Postmenopause, first line



Mouridsen et al. 2000



Endokrine Therapie Postmenopause

Aromatasehemmer

Tamoxifen

Fulvestrant

Gestagene



Chemotherapie: Kombination oder Sequenz?

**Bei langsam progredienter Erkrankung
Sequenz! (LQ besser, Überleben gleich!)**

**Hochwirksame Kombinationen bei lebens-
bedrohlichem Tumorprogress
(z.B. Antrazyklin/ Taxan oder Docetaxel/
Capecitabine)**



Chemotherapie: Kontinuierlich oder intermittierend?

**Kontinuierlich: TTP besser
Überleben gleich
LQ schlechter!**

Muss et al. NEJM 1991



Chemotherapie: Dosierung?

Hochdosis out!

**Standarddosis möglichst einhalten!
(sonst LQ und Überleben ↓)**

**kumulative Toxizität beachten!
(z.B. kardiale Tox Anthrazykline,
PNP Taxane)**



Chemotherapie: Neue Substanzen

**Nab-Paclitaxel:
(Abraxane®)**

Paclitaxel als Albumin-
gebundenes Nanopartikel

keine Prämedikation

signif. längere PFS als
Docetaxel (random.
Phase II)



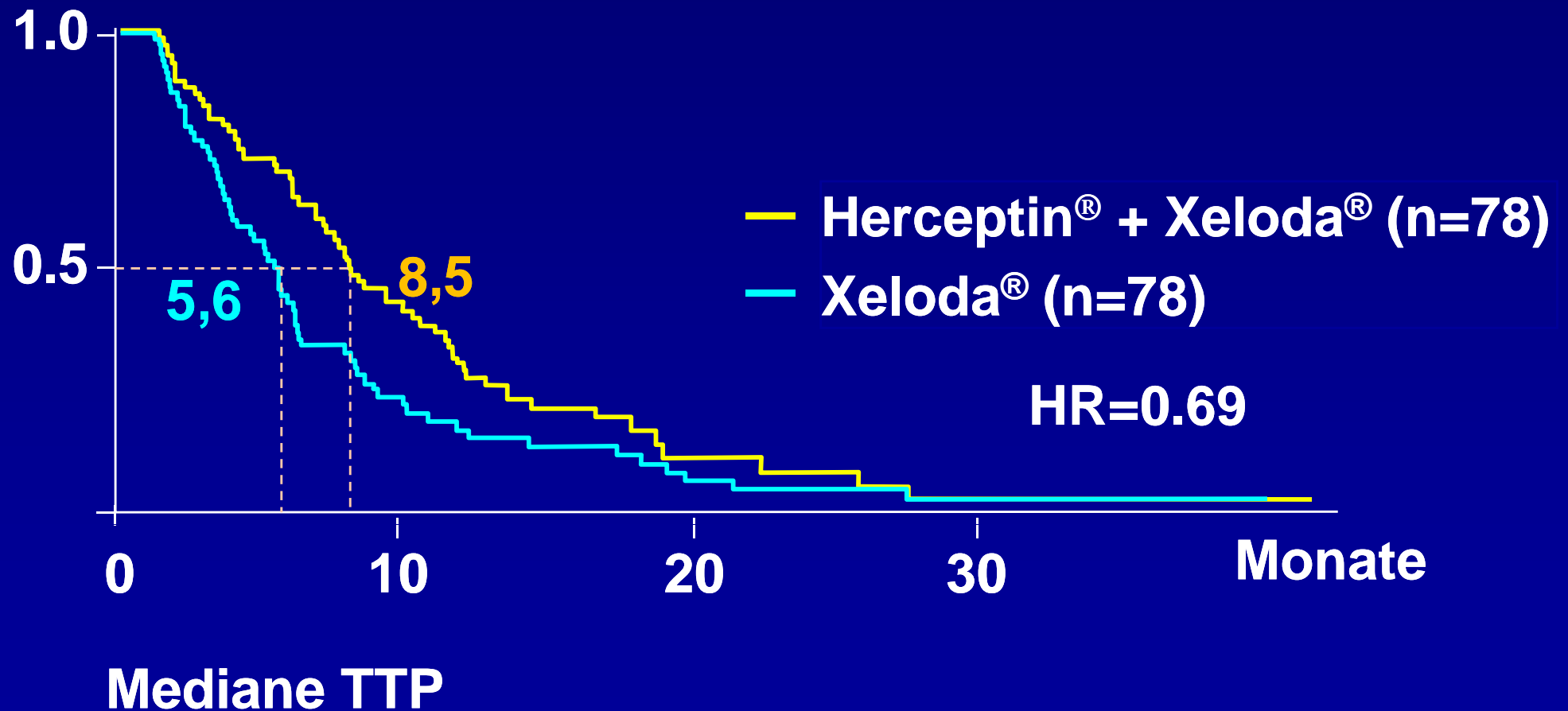
Antikörpertherapie: Trastuzumab (Herceptin®)

Falls Tumor/ Metastase HER2-positiv:

- immer und so früh wie möglich Herceptin!
- möglichst in Kombination mit Chemo
(Paclitaxel, Docetaxel, Vinorelbin, Capecitabine)
- auch mit endokriner Therapie, falls ER+
- Infusion wöchentlich oder 3-wöchentlich
- Kardiotoxizität! (Herzechokontrollen)



Antikörpertherapie Herceptin: TBP?

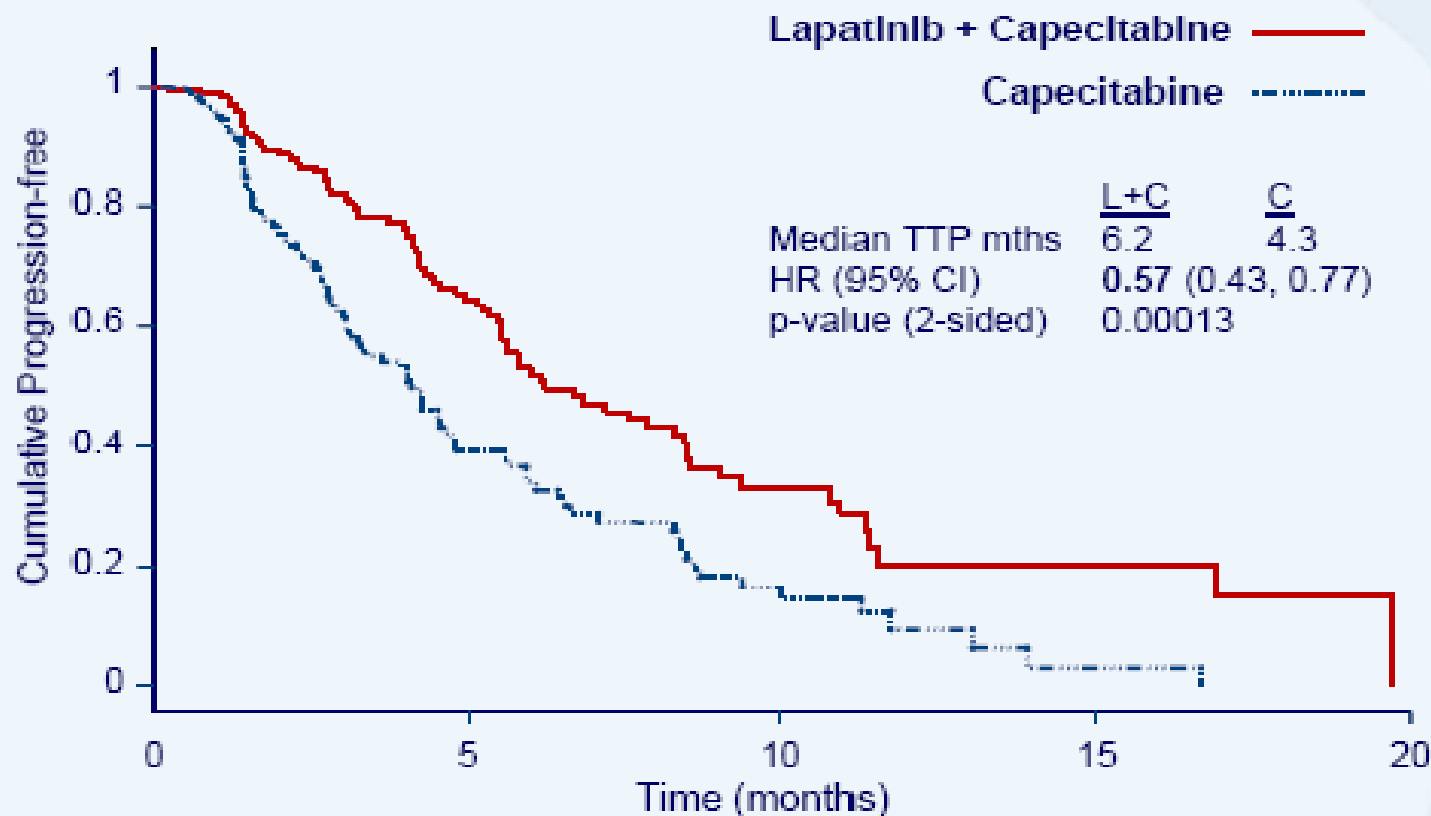


Von Minckwitz et al. 2008

Antikörpertherapie Lapatinib (Tyverb®)



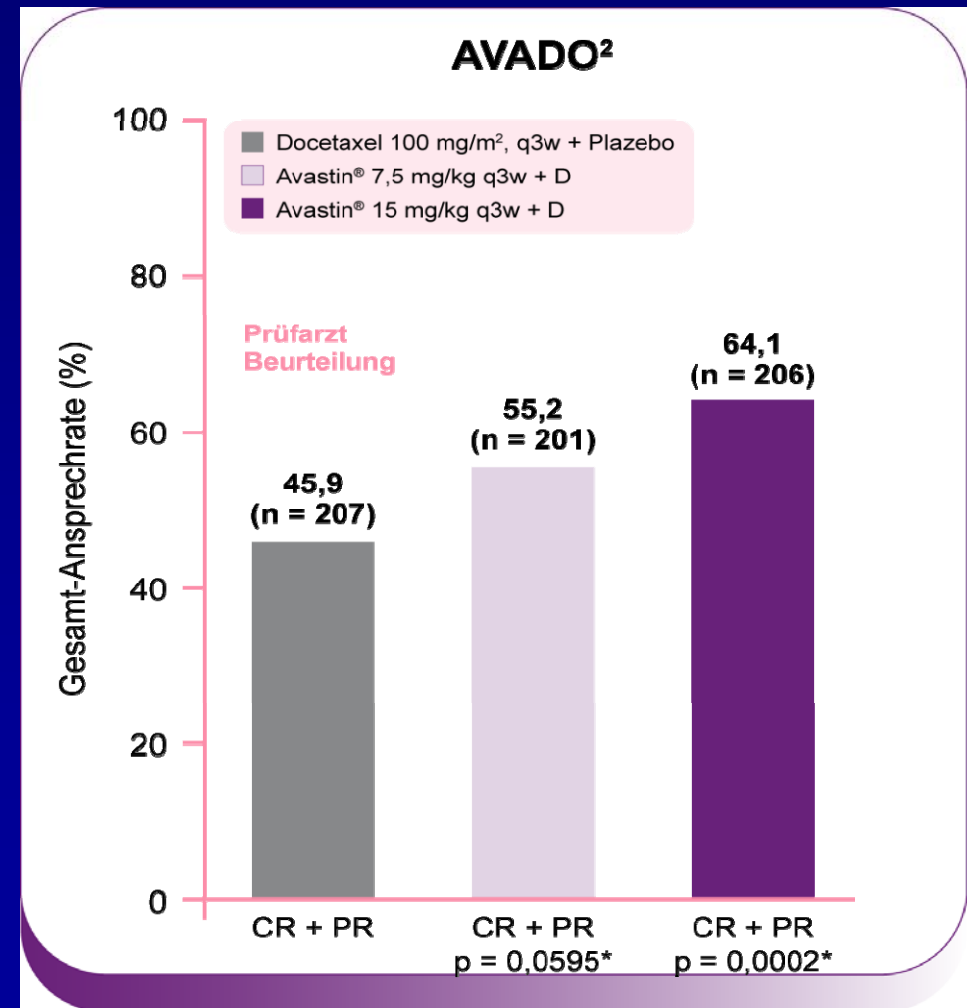
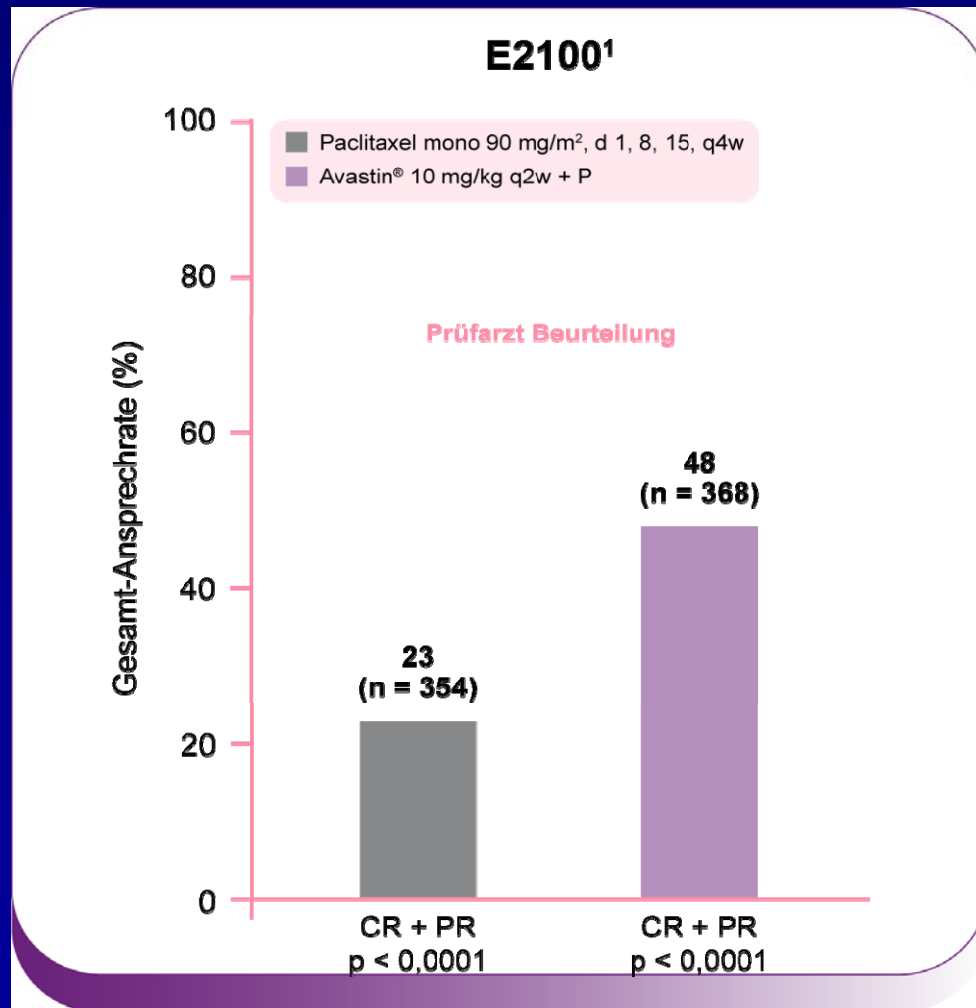
Tykerb + Xeloda: Significantly Improved Time to Progression - Updated Results in 399 pts



Note: 5 subjects who died due to causes other than breast cancer are censored



Antikörpertherapie: Bevacizumab (Avastin®)





Antikörpertherapie: Bevacizumab

**Angiogenesehemmer: inhibiert VEGF
und damit Tumorvaskularisation**

Zugelassen bei:

**HER2 negativem Mammaca, first-line
mit Paclitaxel, Docetaxel**

**Kein prädiktiver Faktor für Ansprechen
auf Bevacizumab!**



Bisphosphonate

**Immer bei Knochenmetastasen
(„lebenslang“, falls keine KI)**

**In der Regel in Kombination mit
endokriner, Chemo- oder AK-Therapie**

**Senken Rate an patholog. Frakturen und
Knochenschmerzen**

i.v. oder oral verfügbar



Bisphosphonate: Nebenwirkungen

Orale BP: GI- Beschwerden

i.v.-BP: Akut-Phase-Reaktion

Nierentoxizität

Kieferosteonekrosen

Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose

Mittwoch, 21. Oktober 2009, 17.00

Klinik für Mund-, Kiefer-, und Gesichtschirurgie der LMU

