

## AZP-5479/09

Hinweis: Wir haben uns bemüht die Fragen und Antworten in St. Gallen so korrekt wie möglich zu erfassen und verständlich zu übersetzen. Sollten uns dennoch Fehler unterlaufen sein, bitte wir um einen kurzen Hinweis an [info@mammakarzinom-info.de](mailto:info@mammakarzinom-info.de)

Vielen Dank!

# St. Gallen Panelfragen

# Diskussionswürdige Kontroversen

- Felder die keiner Diskussion bedürfen, da Evidenz von fast allen anerkannt ist
- **Kontroversen verdienen ein Statement über**
  - Diskutierte Argumente & **endgültige Lösungen**
  - Diskussionen, die zu einer Reihe an Lösungen führen (da unterschiedliche Lösungen in verschiedenen Ländern/unter unterschiedlichen Voraussetzungen nötig sind)

# Diskussionswürdige Kontroversen

- Klinische Studien sind...
  - ...nützlich für die Definition, ob eine Behandlung einer anderen überlegen ist
  - ...nützlich für die Definition des durchschnittlichen verbesserten Therapie-Outcomes
  - ...nicht hilfreich für die Definition der individuellen Behandlung des einzelnen Patienten
- Zur Diskussion steht die Interpretation, inwieweit Evidenz eine Rolle für die individuelle Behandlung des einzelnen Patienten spielt

# Grundlegende Betrachtungen

(denen die Mehrheit der Teilnehmer zustimmen müssen)

- Primäre Ziele – Behandlungswahl für Frauen mit frühem Brustkrebs:\*
  - Integration der Tumorbilogie und des Tumorausmaßes für das Abschätzen des Behandlungsansprechens und des Rückfallrisikos
  - Tumorbilogie, Wirtsbiologie und Risiko für das optimale Therapiemanagement ausnutzen

# 10 kontroverse Bereiche

- Operation: Axilla, Tumorränder
- Radiatio: DCIS, Accelerated RT, Post Mx
- Pathologie: ER, PgR, Ki67, Grading
- Multi-Gen Signaturen, Adj. Online (AOL)
- Endokrine Therapien
- Chemotherapien
- Zielgerichtete Therapien
- Neoadjuvante systemische Therapie
- Fertilität
- Mammakarzinom beim Mann

Abschluss der Panel Diskussion:

Aufbereitung St. Gallen 2007

# Operative Therapie

# Operative Therapie: Axilla

- Ist die SN-Biopsie als eine Standard-Option bei invasivem Brustkrebs mit cN0-Status (T4d ausgenommen) anzusehen?
  - 1) Ja **90%**
  - 2) Nein **7%**
  - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **3%**

# Operative Therapie: Axilla

- Bei niedrigem Risiko für axillären Residualtumor (Bsp. Mikrometastasen oder einzelne Tumorzellen im SN):  
**Kann bei allen Patientinnen auf die Axilladisektion verzichtet werden?**

- 1) Ja **22%**
- 2) Nein **69%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **9%**

# Operative Therapie: Axilla

- Bei niedrigem Risiko für axillären Residualtumor (Bsp. Mikrometastasen oder einzelne Tumorzellen im SN):  
**Kann bei selektierten Patientinnen auf die Axilladisektion verzichtet werden?**
- 1) Ja **92%**
- 2) Nein **5%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **3%**

# Operative Therapie: Resektionsränder

- Ist eine Nachresektion bei positiven Schnitträndern obligatorisch
  - Bei invasivem Karzinom?
    - 1) Ja **100%**
    - 2) Nein **0%**
    - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **0%**
  - Bei DCIS?
    - 1) Ja **80%**
    - 2) Nein **18%**
    - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **2%**
  - Bei LCIS ?
    - 1) Ja **13%**
    - 2) Nein **82%**
    - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **5%**

# Operative Therapie: Resektionsränder

- Ist eine Nachresektion bei invasivem Karzinom oder DCIS auch bei Resektionsrändern  $< 1\text{mm}$  obligatorisch?
  - 1) Ja **43%**
  - 2) Nein **48%**
  - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **10%**

# Strahlentherapie

# Strahlentherapie: DCIS

- Sollte die postoperative Nachbestrahlung bei DCIS Standard sein?

- 1) Ja **81%**
- 2) Nein **19%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **0%**

# Strahlentherapie: DCIS

- Kann bei älteren Patientinnen auf die Strahlentherapie verzichtet werden?

- 1) Ja **61%**
- 2) Nein **39%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **0%**

# Strahlentherapie: DCIS

- Kann bei low-grade DCIS auf die Strahlentherapie verzichtet werden?
- 1) Ja **59%**
- 2) Nein **32%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **9%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Ist die „dosisdichte“ Ganzbrustbestrahlung (accelerated Whole Breast RT [WBRT]) eine akzeptable Option?
- 1) Ja **83%**
- 2) Nein **10%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **7%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Ist die intraoperative Teilbrustbestrahlung (intraoperative Partial Breast RT [PBRT]) als experimentell anzusehen?

- 1) Ja **84%**
- 2) Nein **16%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **0%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Sollte die Bestrahlung nach Mastektomie Standard sein für Patientinnen mit  $N+ \geq 4$ ?
  - 1) Ja **93%**
  - 2) Nein **7%**
  - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **0%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Sollte die Bestrahlung nach Mastektomie allen Patientinnen mit N+ 1-3 empfohlen werden?
  
- 1) Ja **23%**
- 2) Nein **70%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **7%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Sollte die Bestrahlung nach Mastektomie allen Patientinnen mit N+ 1-3 empfohlen werden
  - insbesondere bei jungem Alter und zusätzlichen schlechten Prognosekriterien?

- 1) Ja **72%**
- 2) Nein **18%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **10%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Sollte bei postmenopausalen Frauen nach BET mit ER+ T1N0-Status eine endokrine Therapie, aber **keine** Strahlentherapie durchgeführt werden?
  - 1) Ja **24%**
  - 2) Nein **73%**
  - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **3%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Sollten ältere Patientinnen nach BET mit ER+ Erkrankung und einer hohen Lebenserwartung strahlentherapiert werden?

- 1) Ja **80%**
- 2) Nein **15%**
- 3) Enthaltung/ich weiß nicht **5%**

# Strahlentherapie: Invasives Karzinom

- Bei älteren Patientinnen >70 Jahren nach BET und ER+:  
Kann eine adäquate endokrine Therapie (Antiöstrogen oder AH) eine Strahlentherapie ersetzen?
  - 1) Ja **65%**
  - 2) Nein **33%**
  - 3) Enthaltung/ich weiß nicht **2%**

# Pathologie

# Pathologie: Ki67\*

- Sollte die Proliferation (z.B. anhand Ki67) bei der Beurteilung der Prognose berücksichtigt werden?

1) Ja	<b>88%</b>
2) Nein	<b>10%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>3%</b>

\*Ein möglicher Marker für die Zellteilungsrate, Mass für die Aggressivität des Tumors

# Pathologie: Ki67

- **Neue Frage:** „Sollte Ki-67 als eine sinnvolle Messung bewertet werden?“

1) Ja	<b>68%</b>
2) Nein	<b>27%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>5%</b>

# Pathologie: Ki67

Sollte Ki67 für die endokrine Therapieselektion herangezogen werden (d.h. Indikation für AH bei hohen Ki67-Werten)?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>30%</b> |
| 2) Nein                       | <b>59%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>11%</b> |

# Pathologie: Ki67

Sollten hohe Ki67-Werte die Entscheidung für den Einsatz von CHT beeinflussen bei Pat. mit *hoch-endokrin-responsivem MCA*?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>53%</b> |
| 2) Nein                       | <b>42%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>5%</b>  |

# Pathologie: ER\*

Sollten Prozentwerte für das ER-Staining angegeben werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>97%</b> |
| 2) Nein                       | <b>3%</b>  |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>0%</b>  |

\*Östrogenrezeptor

# Pathologie: ER

- Sollte ein ER-Score oder ein andere Score dem prozentualen Score bevorzugt werden?

1) Ja	<b>43%</b>
2) Nein	<b>53%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>2%</b>

# Pathologie: ER

Neue Frage: Sollte die Definition von hoch-endokrin responsiver Erkrankung auf „ER > 50% gefärbte Zellen“ basieren?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>73%</b> |
| 2) Nein                       | <b>17%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>10%</b> |

# Pathologie: ER

- Sollte der Allred Score ohne % eingesetzt werden?
- Wird bei der Aufbereitung von St. Gallen 2007 abgestimmt

# Pathologie: PgR\*

Sollte der PgR für die Abschätzung der Prognose berücksichtigt werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>61%</b> |
| 2) Nein                       | <b>36%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Pathologie: PgR

Sollte der PgR als Prädiktor für das Ansprechen auf  
Antiöstrogen eingesetzt werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>40%</b> |
| 2) Nein                       | <b>60%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>0%</b>  |

# Pathologie: PgR

Sind niedrige oder fehlende PgR prädiktiv für ein Ansprechen auf AH?

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 1) Ja                         | 3%  |
| 2) Nein                       | 92% |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | 5%  |

# Pathologie: HER2

Sollte anhand der ICH\* (10% Anfärbung oder 30% deutlich und vollständig angefärbt) die Indikation für eine Anti-HER2 Therapie gestellt werden?

- |                              |            |
|------------------------------|------------|
| 1) 10%                       | <b>24%</b> |
| 2) 30%                       | <b>47%</b> |
| 3) Enthaltung/ich weiß nicht | <b>29%</b> |

\*Immun-histochemischen Bestimmung

# Pathologie: HER2

- **Neue Frage:** Sollte bei IHC von 30% deutlich und vollständig angefärbt, eine Anti-HER2 Therapie verordnet werden?

1) Ja	<b>84%</b>
2) Nein	<b>16%</b>
3) Enthaltung/ich weiß nicht	<b>0%</b>

# Pathologie: HER2

- Sollte aufgrund einer FISH-Diagnostik eine anti-HER2 Therapie eingeleitet werden (zur Abgrenzung des Schwellenwerts)?
- Keine Abstimmung

# Pathologie: Grading

Sollte ein hohes Grading allein als guter Marker für eine Chemotherapie definiert werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>57%</b> |
| 2) Nein                       | <b>43%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>0%</b>  |

# Pathologie: Grading

Sollte das „Genomische Grading“ (hoch vs. niedrig) als Zusatz zum histologischen Grading eingesetzt werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>71%</b> |
| 2) Nein                       | <b>24%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>5%</b>  |

# Ist uPA/PAI-1 ein hilfreicher Marker, der eingesetzt werden sollte?

- Ja 33%
- Nein 55%
- Unentschieden 12%

# Pathologie

- Falls Oncotype DX verfügbar: Sollte der Test genutzt werden um bei endokrin-responsiver Erkrankung ein Ansprechen auf Chemotherapie vorherzusagen?
- Alle Oncotype DX-spezifischen Fragen wurden nicht abgestimmt

# Pathologie – Neues Statement

**The panel accepts the use of molecularly-based tools, if readily available, as an adjunct to high-quality standard histopathologic assesment in patients with ER+ breast cancer when the doctor and patient are uncertain or ambivalent about the administartion of adjuvant chemotherapy. Optimally, the patient should be enrolled in appropriate trials.**

- |                      |            |
|----------------------|------------|
| <b>1) Ja</b>         | <b>80%</b> |
| <b>2) Nein</b>       | <b>18%</b> |
| <b>3) Enthaltung</b> | <b>3%</b>  |

Übersetzung: „Das Panel akzeptiert, sofern verfügbar, den Einsatz molekular-basierter Tools als einen Zusatz zu einer hochqualitativen histopathologischen Auswertung bei Patientinnen mit ER+ Brustkrebs, wenn Arzt und Patientin unsicher bezüglich des Einsatzes einer CHT

# Pathologie

- Sollte Mammaprint als Prädiktor für ein Ansprechen auf CHT eingesetzt werden?
- Keine Abstimmung (inkl. im vorherigen Dia)

# Pathologie

- Kann mit Adjuvant! Online (AOL) eine sinnvolle Abschätzung der Effektivität einer Chemotherapie erfolgen?
- Keine Abstimmung der AOL-bezogenen Fragen erfolgt

# Endokrine Therapie

# Endokrine Therapie

Ist die CYP2D6 Bestimmung wichtig für die Wahl der endokrinen Therapie bei:

- **postmenopausalen Frauen (AH vs. SERM\*)?**

1) Ja	<b>32%</b>
2) Nein	<b>53%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>16%</b>

\*Antiöstrogen

# Endokrine Therapie

Ist die CYP2D6 Bestimmung wichtig für die Wahl der endokrinen Therapie bei:

- prämenopausalen Frauen (zusätzlich OFS? AH?)?

**Keine Abstimmung, da bei postmenopausalen Frauen mit „Nein“ abgestimmt wurde**

# Endokrine Therapie

**Sollten Patientinnen, die ein Antiöstrogen erhalten, auf CYP2D6 getestet werden?**

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>26%</b> |
| 2) Nein                       | <b>64%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>10%</b> |

# Endokrine Therapie

Ist ein Antiöstrogen alleine ein vernünftiger Standard für ER + prämenopausale Frauen?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>87%</b> |
| 2) Nein                       | <b>10%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Endokrine Therapie (neu abgestimmt)

Ist die funktionelle Ovarsuppression (OFS)\*  
plus Antiöstrogen Standard für  
prämenopausale Frauen?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>87%</b> |
| 2) Nein                       | <b>8%</b>  |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>5%</b>  |

\*Unterdrückung der Ovarfunktion mit Medikamenten, Entfernung der Eierstöcke oder Radiomenolyse

# Endokrine Therapie

Ist OFS\* allein Standard für prämenopausale Frauen in bestimmten Fällen (z.B. Kinderwunsch)?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>79%</b> |
| 2) Nein                       | <b>18%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

\*Unterdrückung der Ovarfunktion mit Medikamenten, Entfernung der Eierstöcke oder Radiomenolyse

# Endokrine Therapie

**New:** Ist OFS\* allein Standard für prämenopausale Frauen (bei sehr gutem Gesundheitszustand)?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>43%</b> |
| 2) Nein                       | <b>53%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

\*Unterdrückung der Ovarfunktion mit Medikamenten, Entfernung der Eierstöcke oder Radiomenolyse

# Endokrine Therapie

Sollte bei allen **postmenopausalen** Frauen  
Aromatasehemmer als ein Teil der  
Standardtherapie einbezogen werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>68%</b> |
| 2) Nein                       | <b>33%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>0%</b>  |

# Endokrine Therapie

Ist ein Antiöstrogen allein als Standard für manche postmenopausale Frauen sinnvoll?

- wenn ja, für welche? (Unterpunkt nicht abgestimmt)

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>73%</b> |
| 2) Nein                       | <b>25%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Endokrine Therapie

Zu welchem Zeitpunkt sollte AH eingesetzt werden?

- Als initiale Therapie
- Nach zwei Jahren
- Nach fünf Jahren
- Zwei Jahre und dann Antiöstrogen

Keine Abstimmung

# Endokrine Therapie

Sollte die Wahl zwischen Aromatasehemmer und Antiöstrogen von biologischen Faktoren (e.g. N+, Ki67) abhängen?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>56%</b> |
| 2) Nein                       | <b>44%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>0%</b>  |

# Endokrine Therapie

Sind fünf Jahre die angemessene Behandlungsdauer mit einem Aromatasehemmer?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>38%</b> |
| 2) Nein                       | <b>23%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>38%</b> |

# Endokrine Therapie

- **NEU:** Wenn Aromatasehemmer indiziert sind, wann sollte damit begonnen werden?

1) Initial	<b>69%</b>
2) Verzögert, Beginn mit TAM	<b>15%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>15%</b>

# Endokrine Therapie: Biologische Variablen

Sollte überexprimiertes oder amplifiziertes HER2 ein Indikator für Chemotherapie sein?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>76%</b> |
| 2) Nein                       | <b>22%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Endokrine Therapie: Biologische Variablen

Sollte überexprimiertes oder amplifiziertes HER2 ein Indikator für Aromatasehemmer anstelle von Antiöstrogen sein?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>46%</b> |
| 2) Nein                       | <b>46%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>7%</b>  |

# Endokrine Therapie: Biologische Variablen

Sollten „endokrine Symptome“ Marker für die  
Wirksamkeit einer adjuvanten endokrinen  
Therapie sein?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>15%</b> |
| 2) Nein                       | <b>67%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>18%</b> |

# Endokrine Therapie: Biologische Variablen

- Sollte Oncotype DX RS  $< 18^*$  eine alleinige endokrine Therapie bei nodalnegativer Erkrankung indizieren?
- Keine Abstimmung

Multigentest\*

# Chemotherapie

# Chemotherapie

- Spricht ein hoch-endokrin responsiver, HER2-neg Phänotyp weniger auf Chemotherapie an?

1) Ja	<b>87%</b>
2) Nein	<b>8%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>5%</b>

# Chemotherapie

Ist Chemotherapie als Ergänzung zur endokrinen Therapie bei Patientinnen mit hoch-endokrin responsivem, Her2 neg. Phänotyp weniger nützlich?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>90%</b> |
| 2) Nein                       | <b>8%</b>  |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Chemotherapie

Gibt es eine andere Standard-Chemotherapie für HER2-positive Phänotypen?

- Wenn ja, welche?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>33%</b> |
| 2) Nein                       | <b>51%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>15%</b> |

# Chemotherapie

Gibt es eine andere Standard-Chemotherapie  
für HER2-negative Phänotypen?

- Wenn ja, welche?

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 1) Ja                         | 8%  |
| 2) Nein                       | 86% |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | 6%  |

# Chemotherapie

Sind Anthrazykline unabdingbarer Bestandteil eines effektiven Chemotherapie-Regimes?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>24%</b> |
| 2) Nein                       | <b>61%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>15%</b> |

# Chemotherapie

Gibt es eine Standard-Chemotherapie (CHT)  
für endokrin responsive Erkrankung, bei der  
CHT indiziert ist?

- Wenn ja, welche?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>0%</b>  |
| 2) Nein                       | <b>97%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Chemotherapie

Gibt es eine Standard-Chemotherapie für triple-negativen Phänotyp?

- Wenn ja, welche?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>2%</b>  |
| 2) Nein                       | <b>95%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>2%</b>  |

# Chemotherapie

- Ist TC x 4 ein Standard-Regime?

1) Ja	<b>43%</b>
2) Nein	<b>49%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>8%</b>

# Chemotherapie

Sind dosisdichte Regime Standard?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>67%</b> |
| 2) Nein                       | <b>28%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>6%</b>  |

# Zielgerichtete Therapien

# Zielgerichtete Therapien

- Wie lautet die Definition der HER2-positiven Erkrankung?
- Keine Abstimmung

# Zielgerichtete Therapien

- Wenn Chemotherapie indiziert ist, sollte sie
  - gleichzeitig mit Anti-HER2 Therapie
  - oder sequentiell zur Anti-HER2 Therapieverabreicht werden?

Keine Abstimmung

# Zielgerichtete Therapien

- Ist ein Angiogenesehemmer als adjuvante Therapie für einen spezifischen Phänotypen indiziert?

- Wenn ja, für welchen?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>5%</b>  |
| 2) Nein                       | <b>81%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>14%</b> |

# Neoadjuvante Therapie

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Ist neoadjuvante Chemotherapie sinnvoll bei Tumoren mit niedriger Zellteilungsrate\*?

1) Ja	<b>24%</b>
2) Nein	<b>59%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>17%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Ist neoadjuvante CHT sinnvoll bei hochendokrin responsiver Erkrankung (z.B. lobuläres Karzinom, klassischer Typ)

1) Ja	<b>17%</b>
2) Nein	<b>76%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>7%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Wenn indiziert, sollte neoadjuvante CHT  
Taxane enthalten?

1) Ja	<b>63%</b>
2) Nein	<b>26%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>11%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Wenn indiziert, sollte neoadjuvante CHT Anthrazykline enthalten?

1) Ja	<b>82%</b>
2) Nein	<b>5%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>13%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- **NEU:** Sollte ein neoadjuvantes CHT-Regime genauso ausfallen wie ein adjuvantes CHT-Regime?

1) Ja	<b>97%</b>
2) Nein	<b>0%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>3%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Sollte ein neoadjuvantes Regime für HER2-positive Erkrankung eine Anti-HER2-Medikation enthalten?

1) Ja	<b>90%</b>
2) Nein	<b>3%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>8%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Ist eine neoadjuvante Chemotherapie allein für hoch endokrin responsive Erkrankung bei postmenopausalen Frauen sinnvoll?
  - Wenn ja, über welche Dauer?

1) Ja	<b>90%</b>
2) Nein	<b>7%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>2%</b>

# Neoadjuvante systemische Therapie

- Ist eine neoadjuvante Chemotherapie allein für hoch endokrin responsive Erkrankung bei postmenopausalen Frauen sinnvoll?

- Wenn ja, über welche Dauer?

- 1) 1-4 Monate **20%**
- 2) 4-8 Monate oder bis max. Ansprechen **43%**
- 3) Enthaltung /ich weiß nicht **37%**

# Fertilität

# Fertilität

- Gibt es validierte Methoden zur Fertilitätserhaltung während Cemothérapie?  
- Wenn ja, welche?

1) Ja	<b>28%</b>
2) Nein	<b>60%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>13%</b>

# Fertilität

- Gibt es effektive und sichere Methoden für die Kryokonservierung
  - Von Ovarialgewebe?
  - Ovarielle Stimulation und IVF?

Keine Abstimmung

# Fertilität

- Verändert eine Schwangerschaft nach der Diagnose des MCA die ursprüngliche Prognose?
  
- Keine Abstimmung

# Fertilität

- Stimmen Sie dem Ratschlag zu, dass eine Frau mit Niedrig-Risiko-, endokrin responsiver Erkrankung mit Kinderwunsch eine Schwangerschaft nach mindestens 2-3 Jahren endokriner Therapie anstreben sollte
- Keine Abstimmung

# Bisphosphonate

# Bisphosphonate

- Sollte ein Bisphosphonat, verabreicht alle 6 Monate während der adjuvanten Therapie, die OFS mit einschließt, prämenopausalen Patientinnen empfohlen werden?

1) Ja	<b>38%</b>
2) Nein	<b>50%</b>
3) Enthaltung /ich weiß nicht	<b>13%</b>

# Bisphosphonates

- Sollte ein Bisphosphonat, verabreicht alle 6 Monate während der adjuvanten Therapie mit AH, postmenopausalen Patientinnen empfohlen werden?

1) Ja **26%**

2) Nein **59%**

3) Enthaltung /ich weiß nicht **15%**

# Mammakarzinom des Mannes

# Mammakarzinom des Mannes

Sollte adjuvantes Antiöstrogen den meisten Männern verabreicht werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>97%</b> |
| 2) Nein                       | <b>0%</b>  |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Mammakarzinom des Mannes

Sollten AH berücksichtigt werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>10%</b> |
| 2) Nein                       | <b>67%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>23%</b> |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sind für hoch endokrin responsive  
Erkrankung „ER und PgR > 50% angefärbte  
Zellen“ Voraussetzung?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>75%</b> |
| 2) Nein                       | <b>22%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>3%</b>  |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sollte der Allred-Score eingesetzt werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>11%</b> |
| 2) Nein                       | <b>89%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>0%</b>  |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sollte peritumorale vaskuläre Invasion (PVI)  
näher definiert werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>36%</b> |
| 2) Nein                       | <b>54%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>10%</b> |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sind hohe Werte für ki67 (z.B.  $> 20\%$ ) ein Risikofaktor für inkomplett endokrin responsive Erkrankung?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>43%</b> |
| 2) Nein                       | <b>41%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>16%</b> |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sollte ER < 10% der Schwellenwert für  
*endokrin nicht-responsive Erkrankung sein,*  
oder sollte das Fehlen von ER beibehalten  
werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>29%</b> |
| 2) Nein                       | <b>60%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>11%</b> |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sollte  $pT \leq 2$  cm weiterhin Niedrig-Risiko mit definieren, oder können auch größere Tumoren Niedrig-Risiko anzeigen, wenn alle anderen Faktoren auf eine gute Prognose hinweisen?

- |                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| 1) Ja                           | <b>41%</b> |
| 2) Nein, Tumor kann größer sein | <b>56%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht   | <b>2%</b>  |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sollten niedrige Werte von Ki67 (z.B.  $< 20\%$ ) die Einstufung in Niedrig-Risiko mitbestimmen, oder ist Grading 1 ausreichend?

- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| 1) Ja, Ki-67 hinzu                 | <b>35%</b> |
| 2) Nein, Grading 1 ist ausreichend | <b>57%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht      | <b>8%</b>  |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Sollte Oncotype DX R score  $< 18$  eine Standard-Definition für Niedrig-Risiko werden?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>46%</b> |
| 2) Nein                       | <b>46%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>7%</b>  |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

Kann Anti-HER2 Therapie ohne CHT aber mit endokriner Therapie verabreicht werden bei HER2-positiver, *hoch endokrin-responsiver* und nodalnegativer Erkrankung?

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| 1) Ja                         | <b>33%</b> |
| 2) Nein                       | <b>51%</b> |
| 3) Enthaltung /ich weiß nicht | <b>15%</b> |

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

- Sollten Patientinnen mit kleinem ( $< 1$  cm) HER2-positivem und nodalnegativem Tumor wie HER2-negative Tumore behandelt werden?
- Keine Abstimmung

# Aufarbeitung St. Gallen 2007

- Sollten Patientinnen mit kleinem ( $< 1$  cm) HER2-positivem und nodalnegativem Tumor mit Trastuzumab allein behandelt werden (plus endokrine Therapie wenn indiziert)?
- Keine Abstimmung