

S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms

Version 4.0 – Dezember 2017
AWMF-Registernummer: 032-045OL

4.7.4. Neoadjuvante Therapie

4.58.	Konsensbasierte Empfehlung/Statement
EK	<p>Neoadjuvante systemische Therapie</p> <p>a.) Eine neoadjuvante (primäre, präoperative) systemische Therapie wird als Standardbehandlung bei Patientinnen mit lokal fortgeschrittenen, primär inoperablen oder inflammatorischen Mammakarzinomen im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes angesehen.</p>
	Starker Konsens
EK	<p>b.) Wenn die gleiche postoperative, adjuvante Chemotherapie indiziert ist, sollte eine neoadjuvante systemische Therapie bevorzugt werden.</p>
	Starker Konsens

4.59.	Evidenz- /konsensbasierte Statements
	Neoadjuvante oder adjuvante Chemotherapie
Level of Evidence 1a	<p>a.) Ist eine Chemotherapie indiziert, kann diese vor der Operation (neoadjuvant) oder danach (adjuvant) durchgeführt werden. Beide Verfahren sind hinsichtlich des Gesamtüberlebens gleichwertig.</p> <p>Die neoadjuvante Therapie kann zu einer höheren Rate an brusterhaltenden Therapien führen.</p>
	Quellen: (Kaufmann, Hortobagyi et al. 2006, von Minckwitz, Untch et al. 2011, Cortazar, Zhang et al. 2014)
	Starker Konsens
Level of Evidence 1a	<p>b.) Der Effekt (pathohistologische Remission) ist bei hormonrezeptornegativen Karzinomen am Größten.</p>
	Quellen: (von Minckwitz, Blohmer et al. 2005, Bear, Anderson et al. 2006, von Minckwitz, Untch et al. 2011, Cortazar, Zhang et al. 2014)
	Starker Konsens
EK	<p>c.) Eine Resektion in den neuen Tumorgrenzen ist möglich, wenn eine R0-Resektion erreicht werden kann.</p>
	Starker Konsens

Quellen:

Kaufmann, M., G. N. Hortobagyi, A. Goldhirsch, S. Scholl, A. Makris, P. Valagussa, J. U. Blohmer, W. Eiermann, R. Jackesz, W. Jonat, A. Lebeau, S. Loibl, W. Miller, S. Seeber, V. Semiglazov, R. Smith, R. Souchon, V. Stearns, M. Untch and G. von Minckwitz (2006). "Recommendations from an international expert panel on the use of neoadjuvant (primary) systemic treatment of operable breast cancer: an update." J Clin Oncol **24**(12): 1940-1949.

von Minckwitz, G., M. Untch, E. Nuesch, S. Loibl, M. Kaufmann, S. Kummel, P. A. Fasching, W. Eiermann, J. U. Blohmer, S. D. Costa, K. Mehta, J. Hilfrich, C. Jackisch, B. Gerber, A. du Bois, J. Huober, C. Hanusch, G. Konecny, W. Fett, E. Stickeler, N. Harbeck, V. Muller and P. Juni (2011). "Impact of treatment characteristics on response of different breast cancer phenotypes: pooled analysis of the German neo-adjuvant chemotherapy trials." Breast Cancer Res Treat **125**(1): 145-156.

Cortazar, P., L. Zhang, M. Untch, K. Mehta, J. P. Costantino, N. Wolmark, H. Bonnefoi, D. Cameron, L. Gianni, P. Valagussa, S. M. Swain, T. Prowell, S. Loibl, D. L. Wickerham, J. Bogaerts, J. Baselga, C. Perou, G. Blumenthal, J. Blohmer, E. P. Mamounas, J. Bergh, V. Semiglazov, R. Justice, H. Eidtmann, S. Paik, M. Piccart, R. Sridhara, P. A. Fasching, L. Slaets, S. Tang, B. Gerber, C. E. Geyer, Jr., R. Pazdur, N. Ditsch, P. Rastogi, W. Eiermann and G. von Minckwitz (2014). "Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis." Lancet **384**(9938): 164-172.

Quellen:

von Minckwitz, G., J. U. Blohmer, G. Raab, A. Lohr, B. Gerber, G. Heinrich, H. Eidtmann, M. Kaufmann, J. Hilfrich, C. Jackisch, I. Zuna and S. D. Costa (2005). "In vivo chemosensitivity-adapted preoperative chemotherapy in patients with early-stage breast cancer: the GEPARTRIO pilot study." Ann Oncol **16**(1): 56-63.

Bear, H. D., S. Anderson, R. E. Smith, C. E. Geyer, Jr., E. P. Mamounas, B. Fisher, A. M. Brown, A. Robidoux, R. Margolese, M. S. Kahlenberg, S. Paik, A. Soran, D. L. Wickerham and N. Wolmark (2006). "Sequential preoperative or postoperative docetaxel added to preoperative doxorubicin plus cyclophosphamide for operable breast cancer: National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Protocol B-27." J Clin Oncol **24**(13): 2019-2027.

4.60.	Konsensbasierte Empfehlungen
	Primäre Hormontherapie bei postmenopausalen Patientinnen
EK	a.) Bei postmenopausalen Patientinnen mit endokrin sensitivem Mammakarzinom kann, wenn eine Operation oder Chemotherapie nicht möglich oder nicht gewünscht sind, eine primäre endokrine Therapie durchgeführt werden.
	Starker Konsens
EK	b.) Die neoadjuvante endokrine Therapie ist keine Standardtherapie, in speziellen Situationen (inoperabel, multimorbide Patientin) kann eine neoadjuvante endokrine Therapie erwogen werden.
	Starker Konsens

4.61.	Konsensbasierte Empfehlungen/Statements
	Neoadjuvante Chemotherapiekombination
EK	<p>a.) Wenn eine neoadjuvante Chemotherapiekombination zum Einsatz kommt, sollte diese ein Anthrazyklin und ein Taxan enthalten. Die Dauer der präoperativen Therapie sollte 18–24 Wochen betragen.</p> <p>Bei Her2-positiven Tumoren und Indikation zur neoadjuvanten Chemotherapie sollte eine Therapie mit Trastuzumab erfolgen. Bei HER2-Positivität und high-risk Situation (klinisch/sonographisch oder stanzbiologisch N+, Tumorgröße > 2cm) sollte die Therapie durch Pertuzumab ergänzt werden.</p>
	Starker Konsens
EK	<p>b.) Platinsalze erhöhen beim triple-negativen Mammakarzinom (TNBC) unabhängig vom BRCA-Status die Komplettremissions-Rate (pCR-Rate). Der Vorteil auf das progressionsfreie Überleben (PFS) und das Gesamtüberleben ist nicht abschließend geklärt. Die Toxizität ist höher.</p>
	Starker Konsens

4.62.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	<p>Postneoadjuvante Behandlung</p> <p>Bei adäquater Anthrazyklin-Taxan-haltiger neoadjuvanter Chemotherapie ist bei Tumorresiduen in der Brust und/oder in den Lymphknoten keine zusätzliche adjuvante Chemotherapie zu empfehlen. Eine postneoadjuvante Chemotherapiebehandlung sollte nur im Rahmen von Studien durchgeführt werden.</p>
	Starker Konsens