

Programm

Vorsitz und Moderation: J. Krocke, Ch. Richter-Ehrenstein

- 16:00 – 16:15 Uhr** Begrüßung
Renate Kirschner-Schwabe
- 16:15 – 16:35 Uhr** Epidemiologische Kennzahlen zum Mammakarzinom und zu gynäkologischen Tumoren
Maren Pflüger
- 16:35 – 16:55 Uhr** Datenqualität bei Mammakarzinom und gynäkologischen Tumoren
Andreas Lehmann
- 16:55 – 17:20 Uhr** Ausgewählte Qualitätsindikatoren zum Mammakarzinom und Auswirkungen der COVID-19-Pandemie—eine erste Bilanz
Constanze Schneider
- 17:20 – 17:35 Uhr** PAUSE
- 17:35 – 18:00 Uhr** Neoadjuvante Therapie des Mammakarzinoms
Michael Untch
- 18:00 – 18:25 Uhr** Daten zur Radiatio nach DCIS
Stephan Koswig & Reinhard Wurm
- 18:25 – 18:50 Uhr** Auswirkungen der COVID-19-Pandemie beim Ovarialkarzinom und Darstellung ausgewählter Qualitätsindikatoren
Robert Armbrust
- 18:50 – 19:00 Uhr** Zusammenfassung und Ausblick

KONTAKT

Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH



Dreifertstraße 12
03044 Cottbus



0355 - 49 493 100



Info@kkrbb.de



www.kkrbb.de



Entitätenspezifische
Qualitätskonferenz
des KKRBB zum
Mammakarzinom und zu
gynäkologischen Tumoren

22.06.2022

Mittwoch,
22. Juni 2022
16:00 Uhr



Onlineveranstaltung

Anmeldung unter:

www.kkrbb.de

<https://eveeno.com/qk-mamma-22>

oder über den QR-Code.



Wir freuen uns über Ihre Teilnahme.

Allgemeine Daten zu eingeschlossenen Fälle Fallzahlen

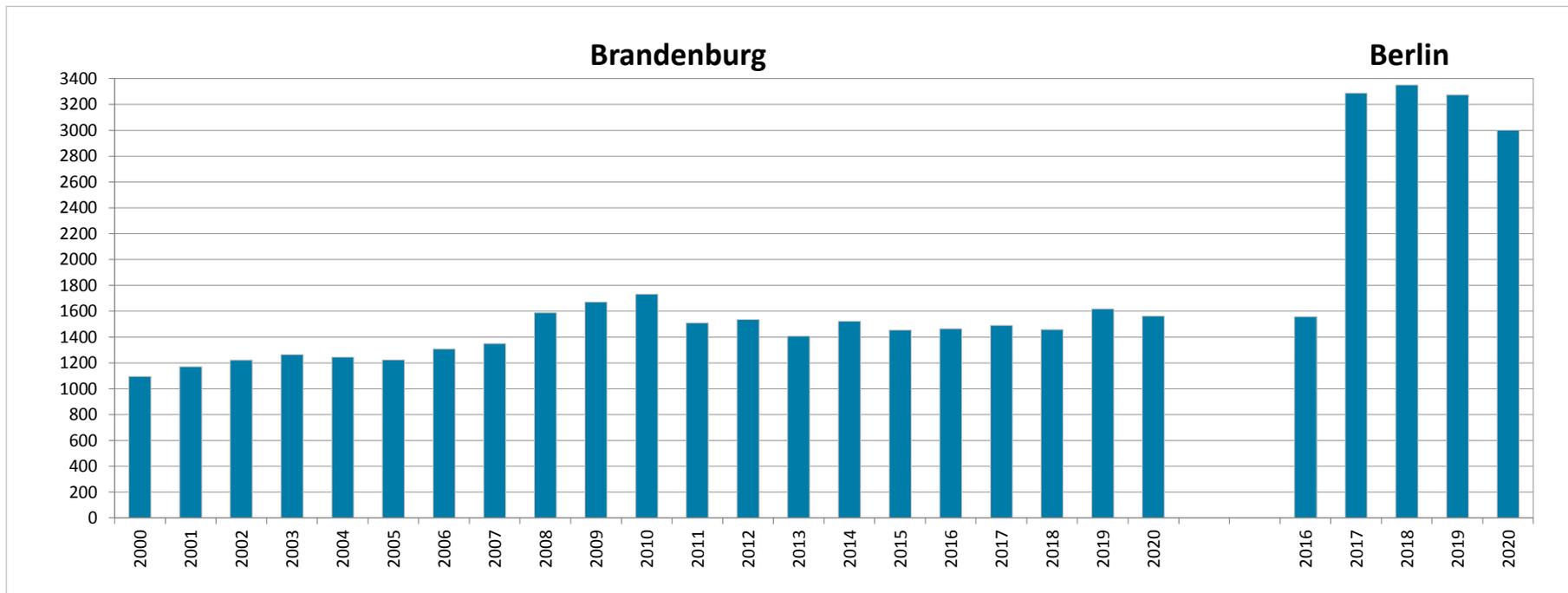


Abb.1 invasive Mammakarzinome, absolute Anzahl der eingeschlossenen Fälle (Frauen, invasive Mammakarzinome, ohne M1, ohne andere malignen Tumoren, s.o.)

Behandlungsort Brandenburg, Diagnosejahre 2000-2020, n=29.887

Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016-2020, n=14.471

Alter bei Neuerkrankung

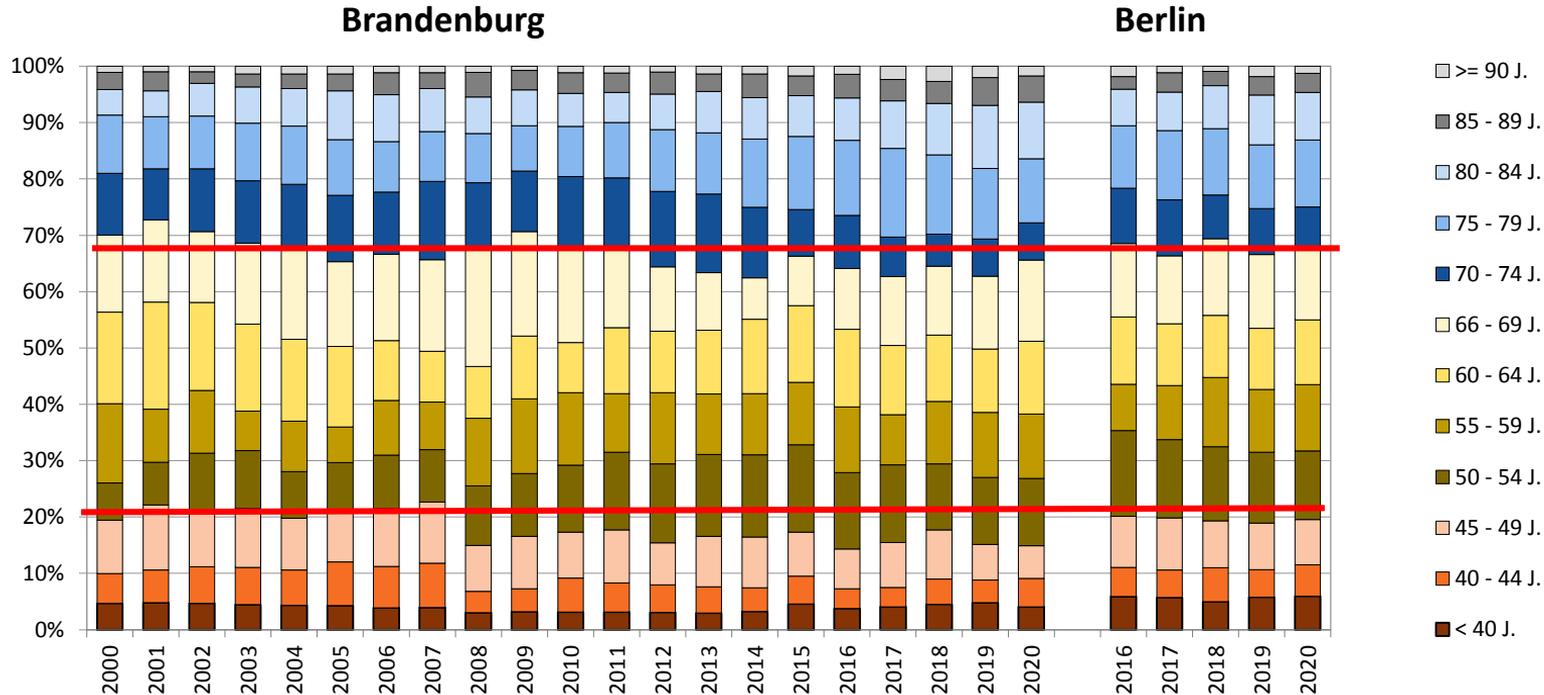


Abb.3 Alter bei Diagnose in 5-Jahresgruppen (anteilig), invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, Behandlungsort Brandenburg, Diagnosejahre 2000-2020, n=29.887
Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 2016-2020, n=14.471

- 1. Wie häufig wurde neoadjuvant behandelt ?**
- 2. Aufteilung nach: her 2 positiv , triplenegativ und hr positiv/ her 2 negativ**
- 3. Wie häufig war eine pathologische komplette remission: ypT0(ypTis), ypN0, aufgesplittet nach her2 pos, tnbc und hr pos her2 neg ?**
- 4. Wie häufig wurde danach mastektomiert versus brusterhaltend operiert ?**
- 5. Wie häufig wurde danach bestrahlt, aufgesplittet nach brusterhaltend versus mastektomie ?**
- 6. Wie häufig wurde medikamentös postneoadjuvant behandelt ?**
- 7. bei her 2 pos und non pcr tdm1 ?**
- 8. Bei her 2 pos und pcr trastuzumab und pertuzumab versus trastuzumab alleine?**
- 9. bei tnbc und non pcr capecitabine ja nein, platin ja nein ?**
- 10. Bei hr pos und non pcr capecitabine ja nein ?**
- 11. Endokrine therapie postneoadjuvant beim hr pos karzinom ?**

Strategien der differenzierten Systemtherapie in der kurativen Situation

AGO

Bei Indikation zur Chemotherapie neoadjuvante Applikation bevorzugen

„Low absolute risk implies low absolute benefit“

- **HR+ / HER2- mit „niedrigem Risiko“**
 - Endokrine Therapie ohne Chemotherapie ++
- **HR+ / HER2- mit „hohem Risiko“**
 - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
 - Dosisdichte Chemotherapie (inkl. weekly-Regime) ++
 - Anschließend endokrin-basierte Therapie ++
- **Triple-negativ (TNBC)**
 - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
 - Dosisdichte sequentielle AT-basierte Chemotherapie (inkl. weekly Schemata) ++
 - Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie +
 - Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie mit ICPI (Pembrolizumab) +
- **HER2 neg, gBRCA1/2^{MUT} (ER-pos. bzw. TNBC¹)**
 - Olaparib postneoadjuvant +
- **HER2+**
 - Trastuzumab (plus Pertuzumab bei N+ oder NACT) ++
 - Sequentielle AT-basierte Chemoth. mit simultaner Gabe von T + anti HER2-Therapie +
 - Anthrazyklin-freie Chemotherapie mit anti HER2-Therapie ++

¹ Gemäß Zulassung oder Studienpopulation (falls noch nicht zugelassen)



© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2022.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN
LEHREN
HEILEN

1. Anteil neoadjuvanter Therapie

1.1. Zeitraum 2000-2020 / 2016-2020

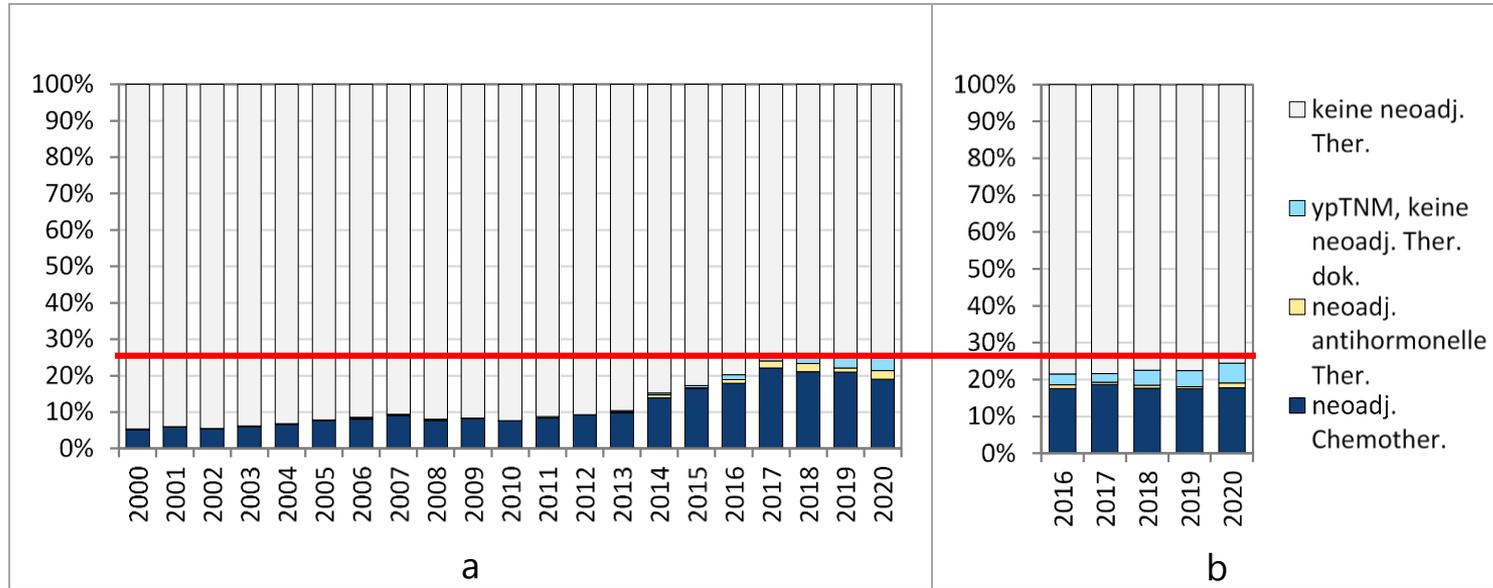


Abb.10 neoadjuvante Therapie, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort,

(a) Brandenburg: Diagnosejahre 2000-2020, n=29.887,

(b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=14.471

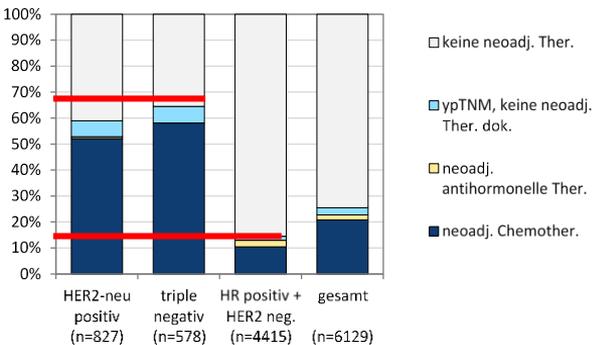


Abb.14 neoadjuvante Therapie nach Rezeptorstatus, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, Behandlungsort **Brandenburg**, Diagnosejahre 2017-2019, n=6.219

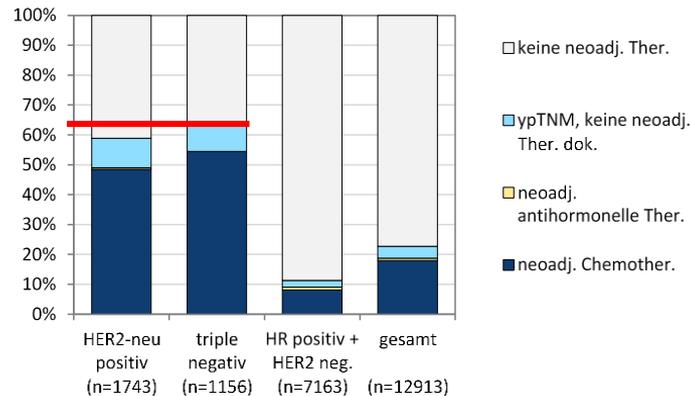


Abb.15 neoadjuvante Therapie nach Rezeptorstatus, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, Behandlungsort **Berlin**, Diagnosejahre 2017-2020, n=12.913

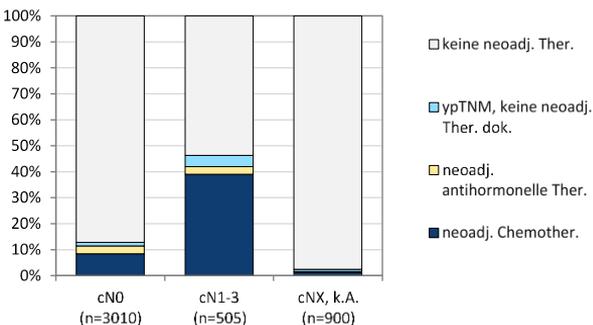


Abb.14a neoadjuvante Therapie bei HR pos.+HER2 neg. Karzinomen, nach cN-Kategorie, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, Behandlungsort **Brandenburg**, Diagnosejahre 2017-2020, n=4.415

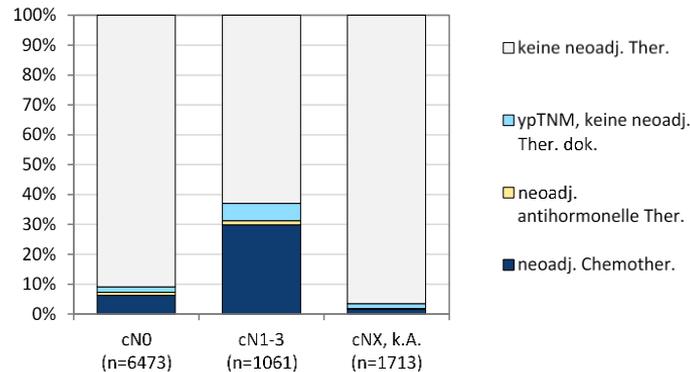


Abb.15a neoadjuvante Therapie bei HR pos.+HER2 neg. Karzinomen, nach cN-Kategorie, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, Behandlungsort **Berlin**, Diagnosejahre 2017-2020, n=9247

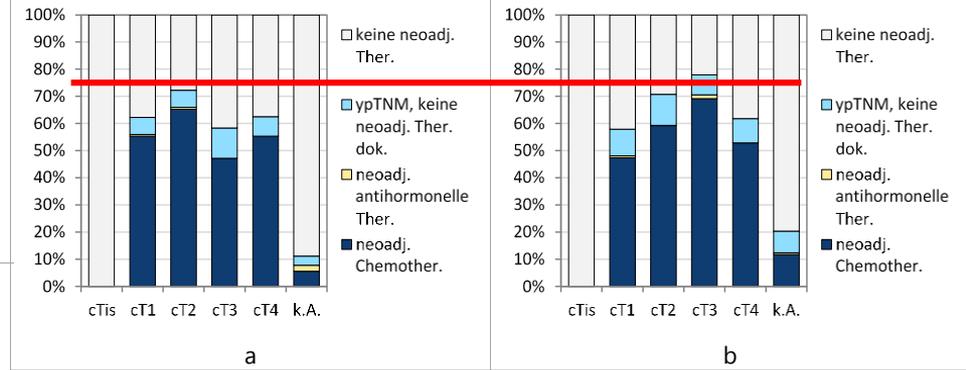
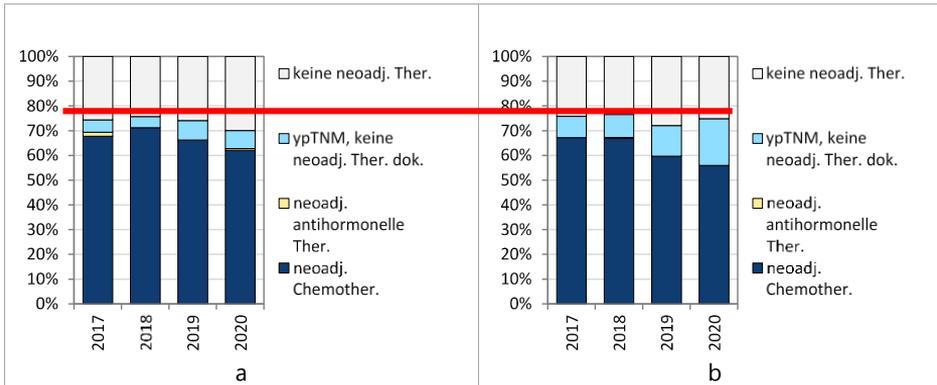


Abb.17a **Her2-positive** Karzinome, neoadjuvante Therapie nach **klinischer T-Kategorie**, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, nach Behandlungsort, Diagnosejahre 2017-2020
(a) Brandenburg, n=827 (k.A. n=90), (b) Berlin, n=1.743 (k.A. n=162)

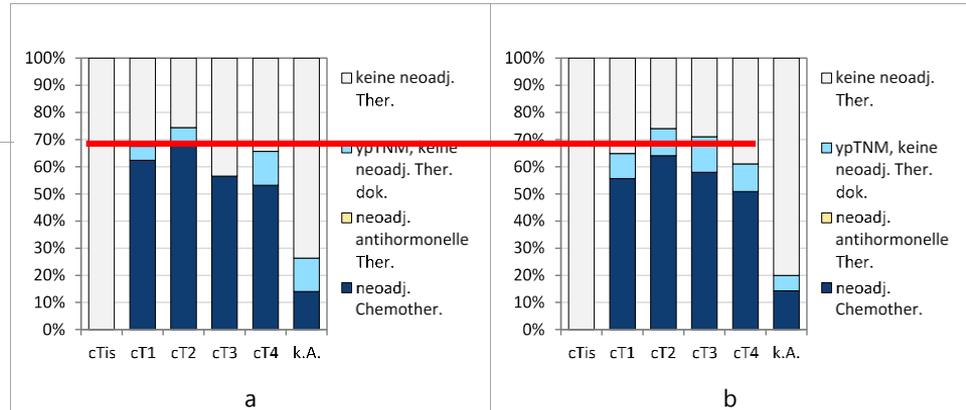


Abb.17b **triple negative** Karzinome, neoadjuvante Therapie nach **klinischer T-Kategorie**, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, nach Behandlungsort, Diagnosejahre 2017-2020
(a) Brandenburg, n=578 (k.A. n=57), (b) Berlin, n=1.156 (k.A. n=105)

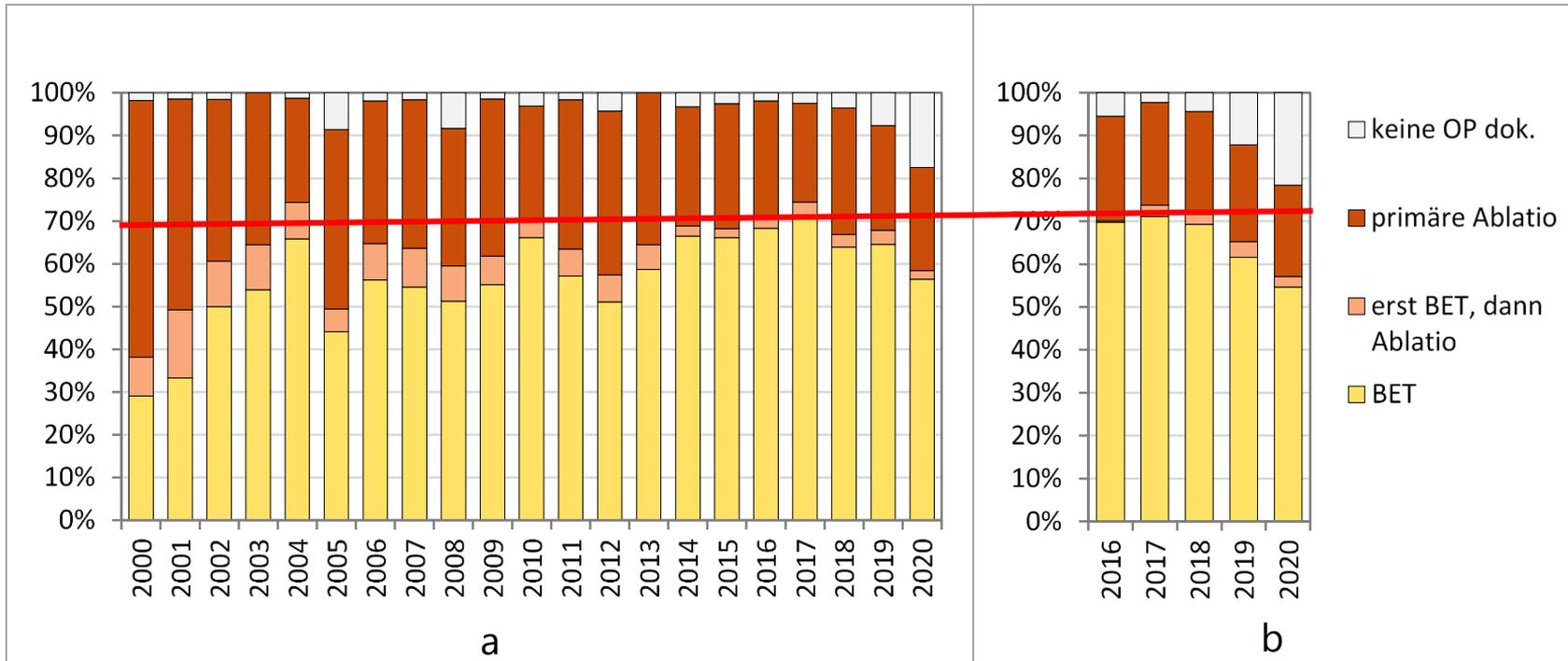


Abb.19 Tumoroperation, invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort,
 (a) Brandenburg: Diagnosejahre 2000-2020, n=3.446,
 (b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=2.589

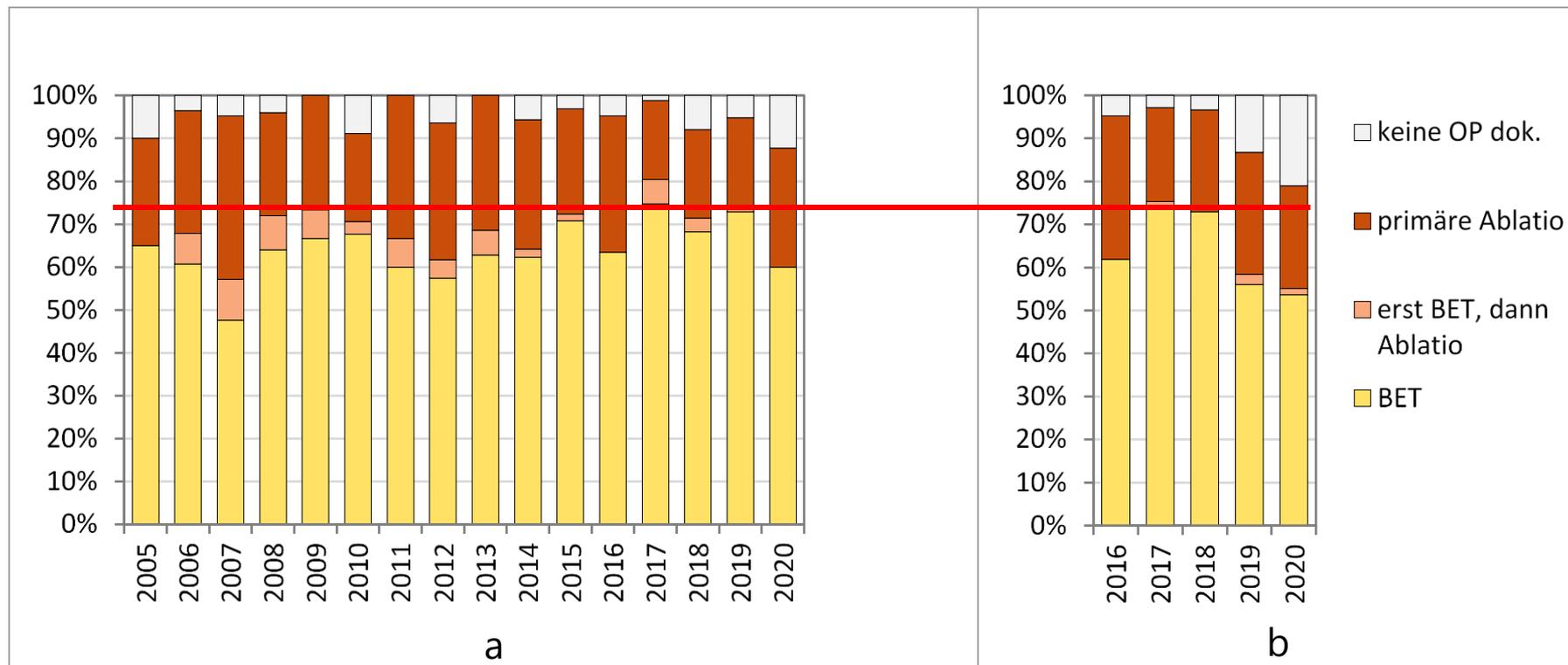


Abb.19b **triple negative Karzinome**, Tumoroperation, invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort,
 (a) Brandenburg: Diagnosejahre 2005-2020, n=787 (ab 2005, weil davor wegen fehlenden HER2-Status kaum Fälle),
 (b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=693

1. Postoperative Radiatio

Im Nenner sind wieder die operierten invasiven Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, dargestellt wird die postoperative Radiatio in Abhängigkeit vom OP-Verfahren (BET/Ablatio) für die Diagnosejahre 2017-2019.

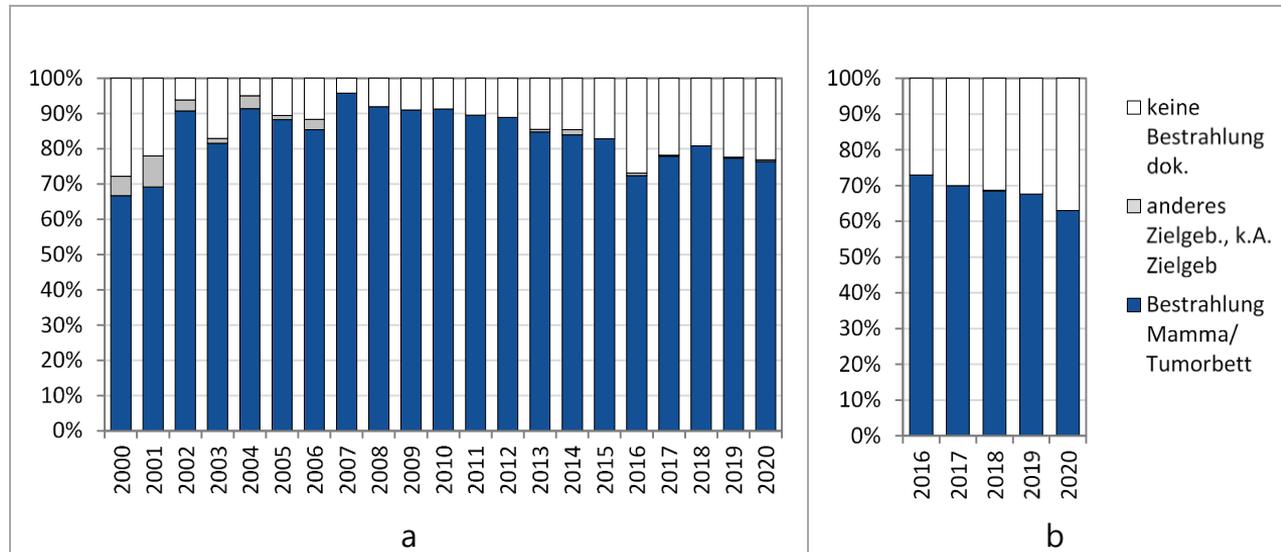


Abb.26 Mamma-/Brustwandbestrahlung nach OP, invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort,
(a) Brandenburg: Diagnosejahre 2000-2020, n=3.291,
(b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=2.349

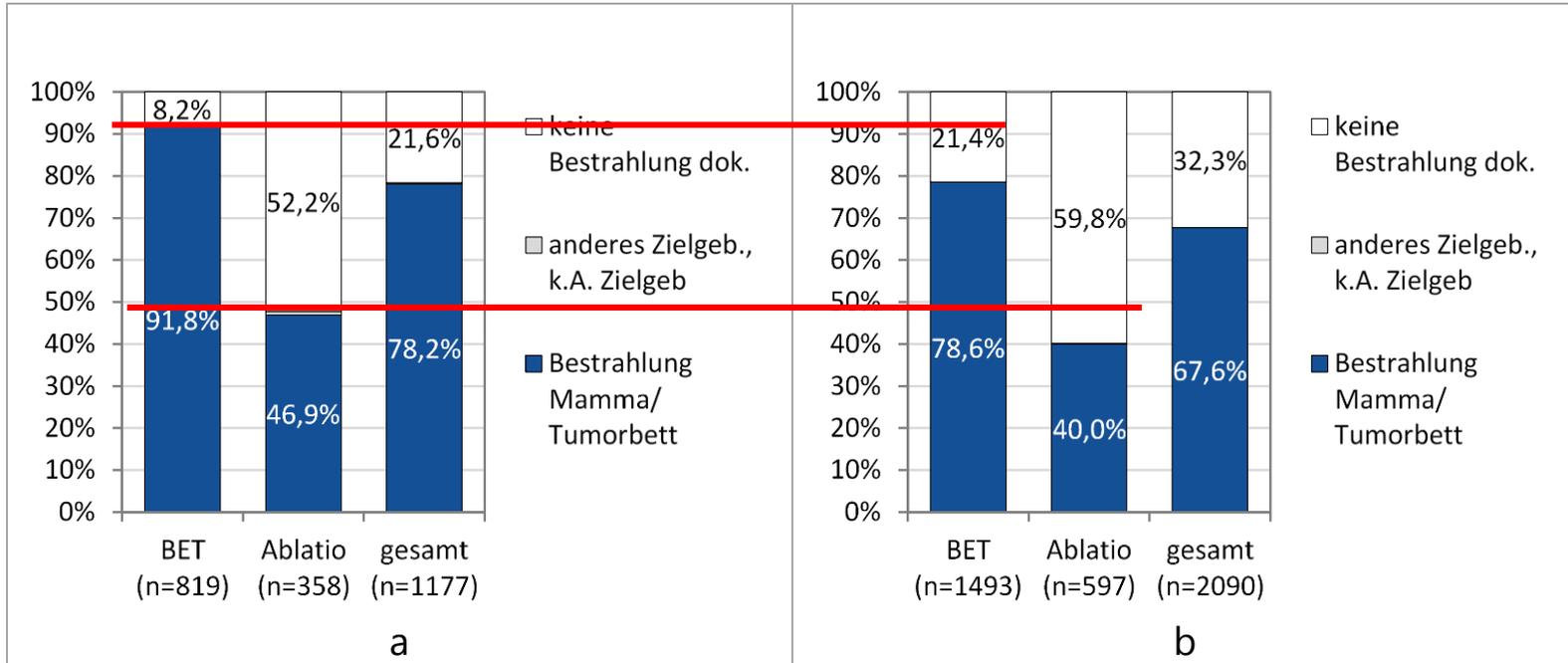


Abb.28 Mamma-/Brustwandbestrahlung nach OP-Verfahren, invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, Diagnosejahre 2017-2020,
 (a) Brandenburg, n=1177,
 (b) Berlin, n=2.090

In Brandenburg wurden 97,3 % (n=1.145) lokal R0 operiert, in Berlin 97,8% (n=2.043).

Her2-positive Fälle

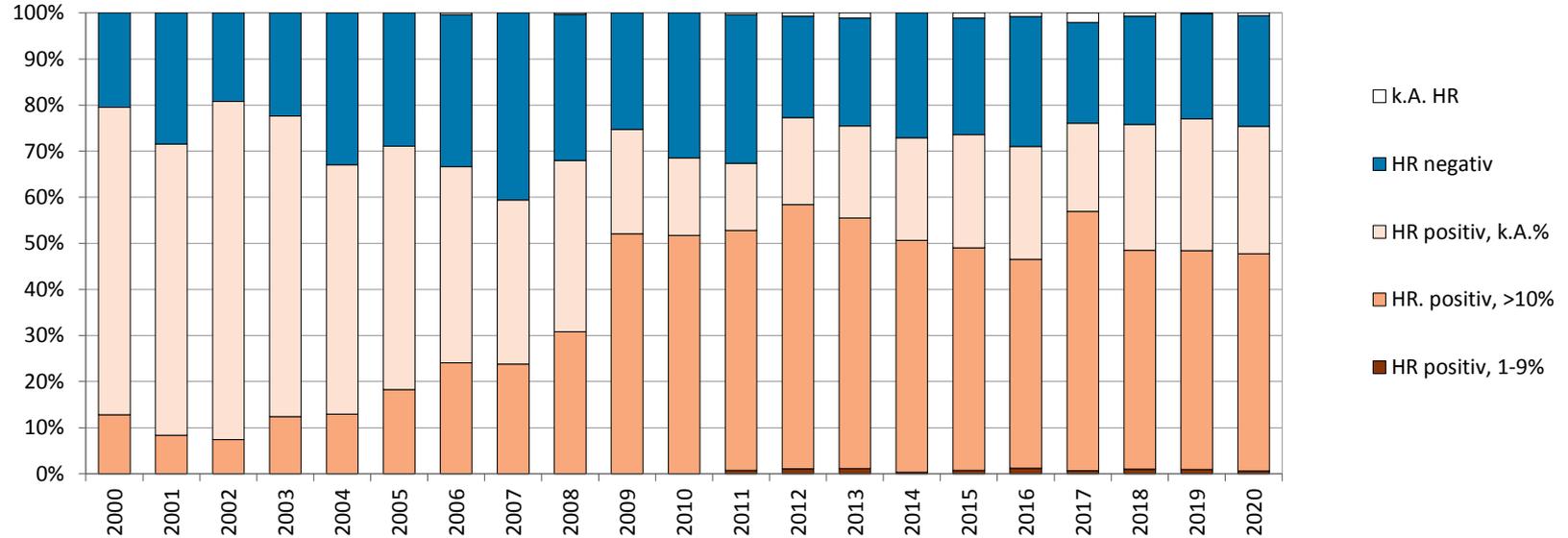
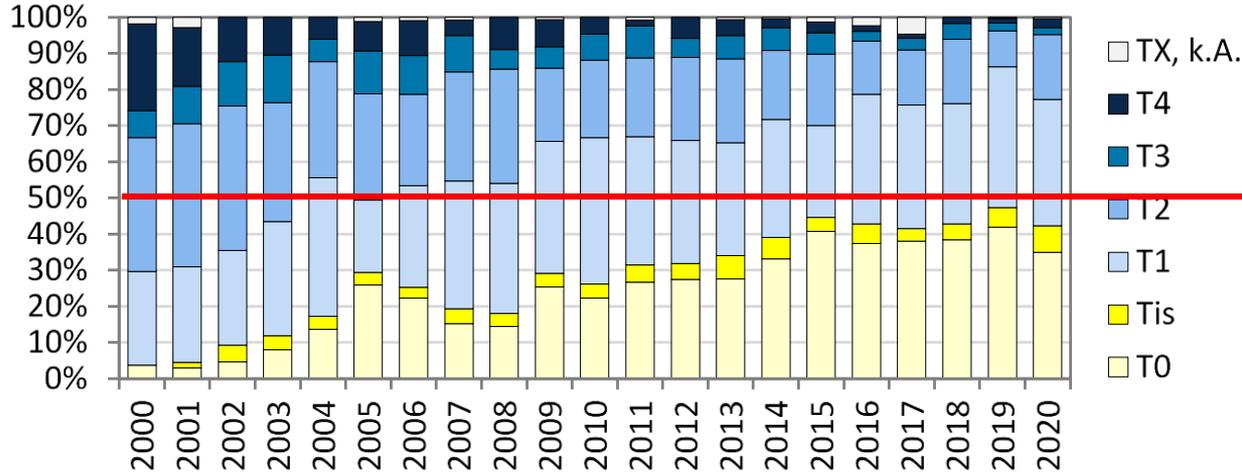


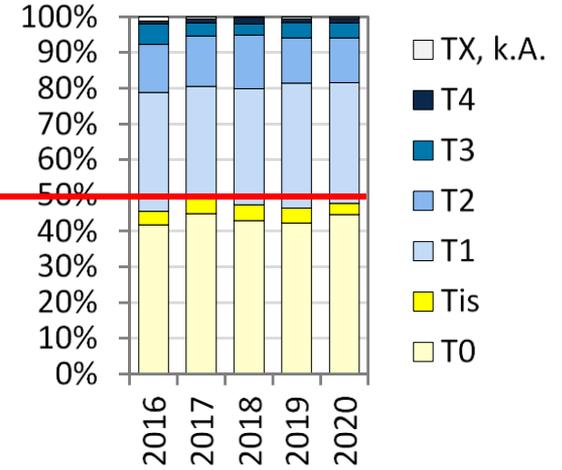
Abb.9b Hormonrezeptorstatus, HER2- positive invasive Mammakarzinome, Frauen, nach Diagnosejahr, Behandlungsort Brandenburg oder Berlin, Diagnosejahr 2000-2020, n=7.731

ypT-Kategorie



a

ypT-Kategorie



b

Abb.21 pathologische ypT-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort, (a) Brandenburg: Diagnosejahre 2010-2020, n=3.291, (b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=2.349

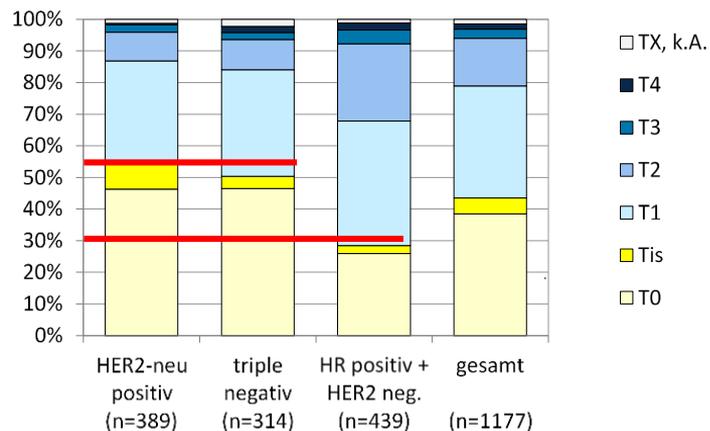


Abb.23 **ypT-Kategorie** nach Rezeptorstatus, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, Behandlungsort **Brandenburg**, Diagnosejahre 2017-2020, n=1.177

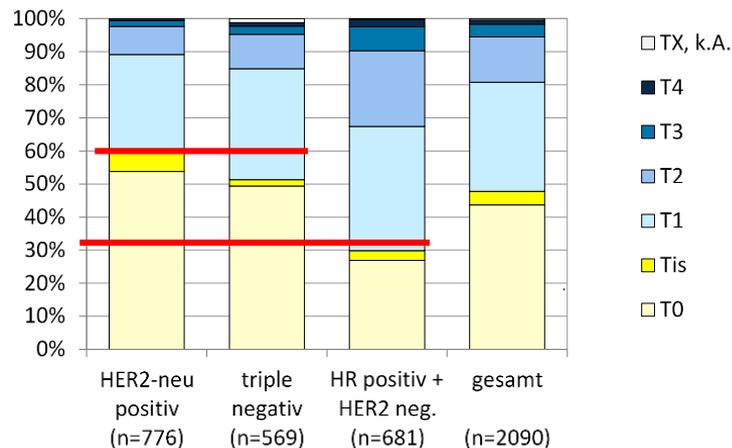


Abb.25 **ypT-Kategorie** nach Rezeptorstatus, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, Behandlungsort **Berlin**, Diagnosejahre 2017-2020, n=2.090

Postneoadjuvante Therapie HER2-positiv

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
pCR			
▪ Low risk: Trastuzumab (bis 12 Mon. komplett)	2a	C	++
▪ High risk (cN+): Trastuzumab + Pertuzumab (bis 12 Mon. komplett)	2b	C	+
▪ Neratinib nach 1 Jahr* Trastuzumab (HR-positiv)*	2b	B	-
non-pCR			
▪ T-DM1	1b	B	+
▪ Trastuzumab + Pertuzumab (bis 12 Mon. komplett)	2b	C	+/-
▪ Zusätzlich nach 1 Jahr (erweiterte adj. Therapie)			
▪ Neratinib (HR-positiv)*	2b	B	+
▪ Neratinib nach anderer anti-HER2-Therapie (HR-positiv)*	5	D	+/-

* **kombiniert mit Standard endokriner Therapie**

Postoperative Therapie bei operierten HER2-positiven Mammakarzinomen **mit kompletter Tumorremission** nach neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, Behandlungsort Brandenburg oder Berlin, Diagnosejahre 2017-2019, n=448

	Neoadjuvante Chemotherapie und Tumoroperation erfolgt	Postoperative Immuntherapie erfolgt		
		Anzahl	Prozent der Immuntherapie	Prozent insgesamt
	448	204		45,5%
Art der Immuntherapie				
Trastuzumab_Pertuzumab		88	43,1%	19,6%
Trastuzumab		107	52,5%	23,9%
Anderes oder k.A.		9	4,4%	2,0%
			100%	45,5%

Außerdem gibt es 81 Fälle, die neoadjuvant eine Immuntherapie begonnen haben und deren Ende nicht gemeldet wurde. Darunter finden sich 60% Trastuzumab_Pertuzumab (n=48) und 20% Trastuzumab (n=16).

Tab.6 Postoperative Therapie bei operierten HER2-positiven Mammakarzinomen ohne komplette Tumorremission nach neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, Behandlungsort Brandenburg oder Berlin, Diagnosejahre 2017-2019, n=695

	Neoadjuvante Chemotherapie und Tumoroperation erfolgt	Postoperative Immuntherapie erfolgt		
		Anzahl	Prozent der Immuntherapie	Prozent insgesamt
	481	243		50,5%
Art der Immuntherapie				
Trastuzumab_Pertuzumab		71	29,2%	14,7%
Trastuzumab		121	49,8%	25,2%
Trastuzumab_Emtansine		39	16,0%	8,1%
Anderes oder k.A.		12	4,9%	2,5%
			100%	50,5%

Außerdem gibt es 81 Fälle, die neoadjuvant eine Immuntherapie begonnen haben und deren Ende nicht gemeldet wurde. Darunter finden sich 60% Trastuzumab_Pertuzumab (n=48) und 20% Trastuzumab (n=16).

Trastuzumab Emtansine for Residual Invasive HER2-Positive Breast Cancer

This article was published on December 5, 2018, at NEJM.org.

G. von Minckwitz, C.-S. Huang, M.S. Mano, S. Loibl, E.P. Mamounas, M. Untch, N. Wolmark, P. Rastogi, A. Schneeweiss, A. Redondo, H.H. Fischer, W. Jacot, A.K. Conlin, C. Arce-Salinas, I.L. Wapnir, C. Jackisch, M.P. DiGiovanna, P.A. Fasching, J.P. Crown, P. Wülfing, Z. Shao, E. Rota Caremoli, H. Wu, L.H. Lam, D. Tesarowski, M. Smitt, H. Douthwaite, S.M. Singel,

Postneoadjuvante Therapie triple-negativ

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<u>pCR</u>			
▪ Fortführung Pembrolizumab, wenn neoadj. begonnen (q3w für 9 Kurse)	1b	B	+
<u>Non-pCR</u>			
▪ Capecitabin (q3w bis zu 8 Kurse)*	1a	A	+
▪ Olaparib (<i>gBRCA^{MUT}</i>) ¹	1b	B	+
▪ Fortführung Pembrolizumab, wenn neoadj. begonnen (q3w für 9 Kurse)	1b	B	++

¹ entsprechend Einschlußkriterien der OlympiA-Studie

* Studienlage ohne platinbasierte Vortherapie

Postoperative Therapie bei operierten triple-negativen Mammakarzinomen **ohne komplette Tumorremission** nach neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, Behandlungsort Brandenburg oder Berlin, Diagnosejahre 2017-2019, n=388

	Neoadjuvante Chemotherapie und Tumoroperation erfolgt	Postoperative Chemotherapie erfolgt		
		Anzahl	Prozent der Immuntherapie	Prozent insgesamt
	388	57		14,7%
Art der Chemotherapie				
Capecitabin		38	66,7%	9,8%
Platinhaltig		6	10,5%	1,5%
Anderes oder k.A.		13	22,8%	3,4%
			100%	14,7%

N Engl J Med 2017;376:2147-59.

DOI: 10.1056/NEJMoa1612645

Copyright © 2017 Massachusetts Medical Society.

Postneoadjuvante Therapie HR+ / HER2-

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2022.1D

Oxford

LoE	GR	AGO
-----	----	-----

HR positiv (pCR und non-pCR)

▪ Endokrine Therapie nach Menopausenstatus (s. Kap. 10)	1a	A	++
▪ Abemaciclib für 2 Jahre + endokrine Therapie bei hohem Rezidivrisiko¹	1b	B	+
▪ Palbociclib für 1-2 Jahre + endokrine Therapie	1b	B	-
▪ Olaparib für 1 Jahr + endokrine Therapie (gBRCA1/2^{MUT}, bei non-pCR und CPS-EG Score ≥ 3)²	1b	B	+
▪ Capecitabin (bei non-pCR)	3b	C	+/-

¹ entsprechend Einschlusskriterien der monarchE-Studie

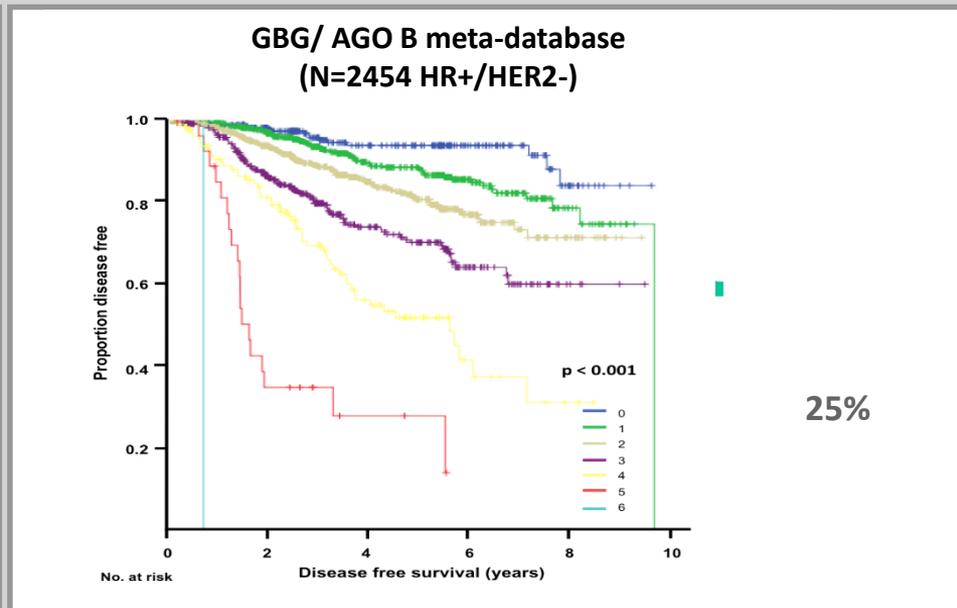
² entsprechend Einschlusskriterien der OlympiA-Studie

Wie berechnet man den CPS+EG Score ?

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2022.1D

Point assignment for CPS+EG score			
Clinical Stage			
I	0	T1N0; T0N1mi, T1N1mi	
IIA	0	T0N1; T1N1; T2N0	
IIB	1	T2N1; T3N0	
IIIA	1	T0-2N2	
IIIB	2	T4N0-2	
IIIC	2	Any T N3	
Pathologic Stage			
0	0	T0/isN0	
I	0	T1N0; T0N1mi, T1N1mi	
IIA	1	T0N1; T1N1; T2N0	
IIB	1	T2N1; T3N0	
IIIA	1	T0-2 N2	
IIIB	1	T4 N0-N2	
IIIC	2	Any T N3	
Tumor Biologic Factors			
ER negative	1		
Nuclear grade 3	1		



cT-Kategorie

a

cT-Kategorie

b

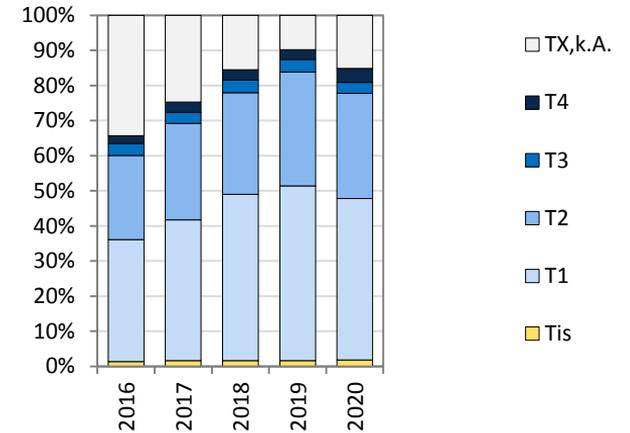
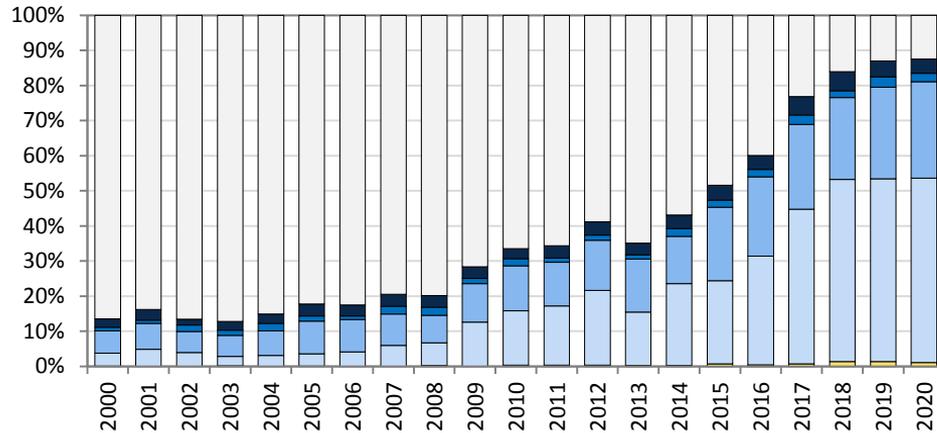
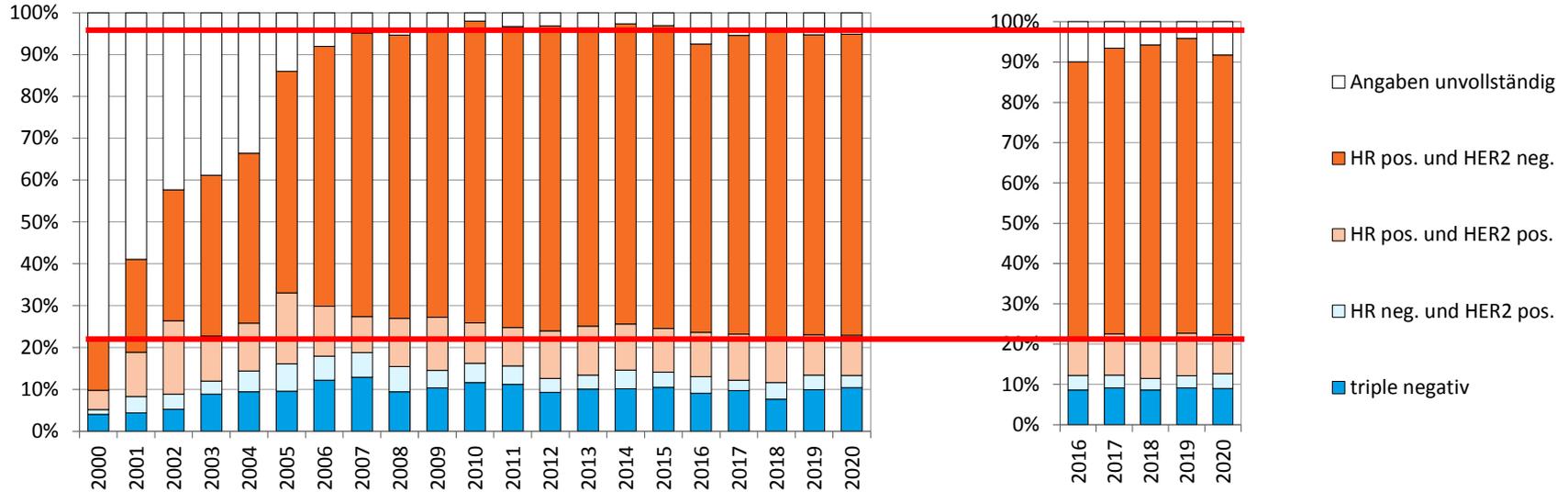


Abb.6 klinische T-Kategorie, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort, (a) Brandenburg: Diagnosejahre 2000-2020, n=29.887, (b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=14.471

a

b



	Häufigkeit	Prozent
HR positiv, 1-9%	77	0,4
HR. positiv, >10%	13271	67,6
HR positiv, k.A.%	6280	32
Gesamt	19628	100

Abb.9 Rezeptorstatus, invasive Mammakarzinome, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort,
 (a) Brandenburg: Diagnosejahre 2000-2020, n=29.887,
 (b) Berlin: Diagnosejahre 2016-2020, n=14.471

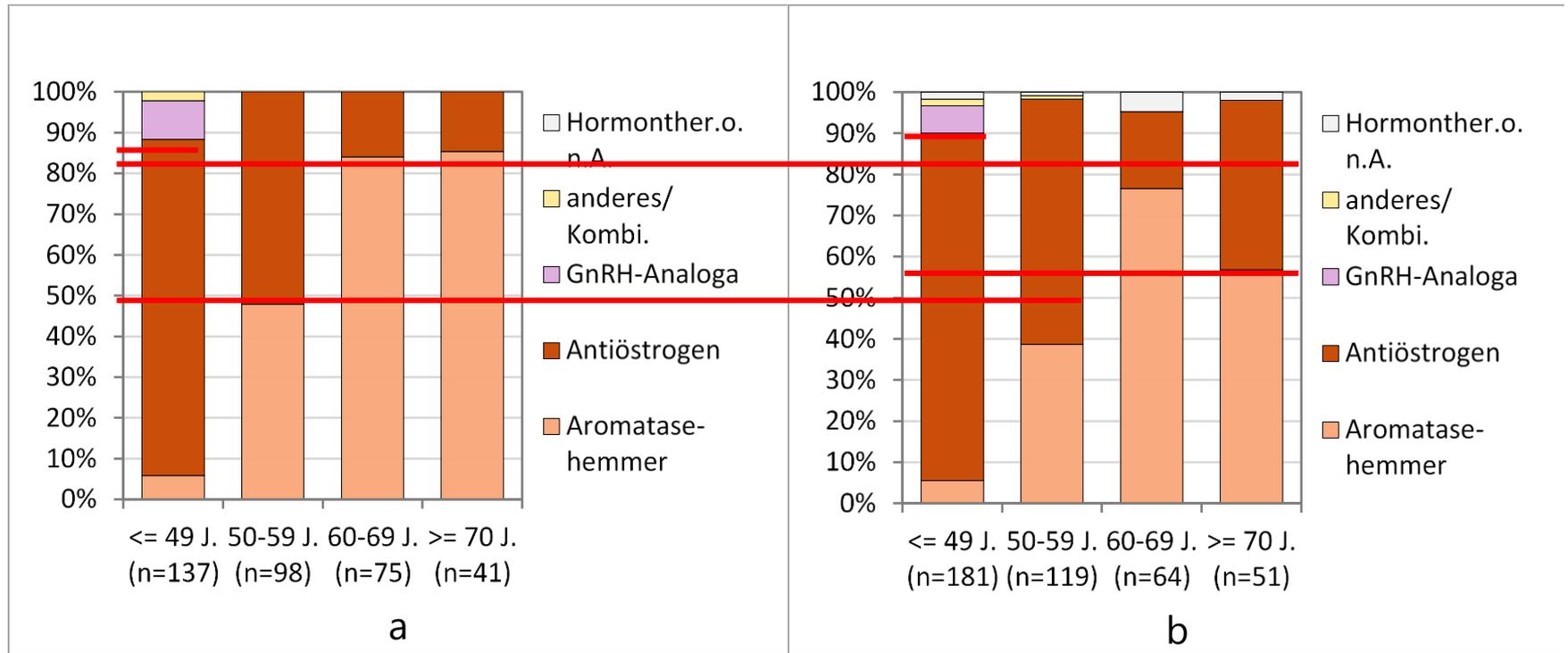


Abb.33 Art der ersten antihormonellen Therapie nach Altersgruppe, invasive hormonrezeptorpositive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Frauen, ohne M1, nach Diagnosejahr und Behandlungsort, Diagnosejahre 2017-2019

(a) Brandenburg, n=351,

(b) Berlin, n=415

1.1.Hormonrezeptorpositive Tumoren ohne komplette Tumorremission

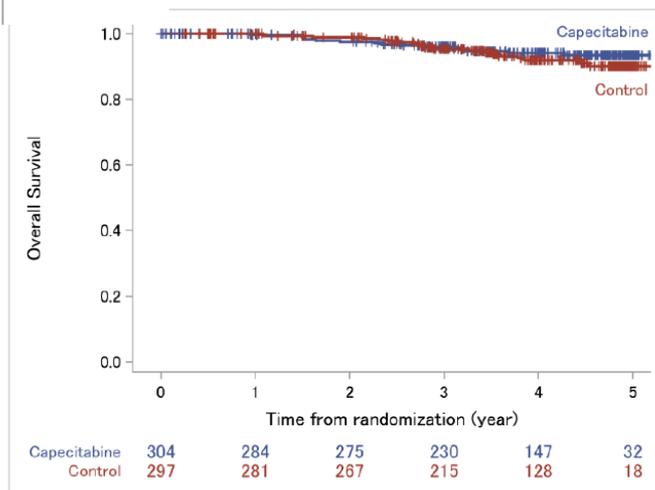
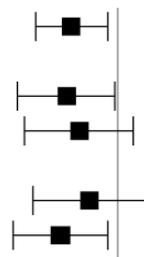
Gefragt ist: Capecitabine ja / nein

Tab.8 Postoperative Therapie bei operierten hormonrezeptorpositiven Mammakarzinomen nach neoadjuvanter Chemotherapie ohne komplette Tumorremission, Frauen, Behandlungsort Brandenburg oder Berlin, Diagnosejahre 2017-2019, n=1.093

	Neoadjuvante Chemotherapie und Tumoroperation erfolgt	Postoperative Immuntherapie erfolgt		
		Anzahl	Prozent der Immuntherapie	Prozent insgesamt
	1093	90		8,2%
Art der Chemotherapie				
Capecitabin		19	21%	1,7%
Anderes* oder k.A.		71	79%	6,5%
			100%	8,2%

Figure S3. Subgroup Analysis of Overall Survival in the Full Analysis Set.

Subgroup	N	HR	(95%CI)	P Value
Overall	887	0.59	(0.39-0.90)	
Age				0.56
<=50	532	0.56	(0.32-0.97)	
50<	355	0.65	(0.34-1.21)	
Hormone receptor				0.41
positive (ER+ or PgR+)	601	0.73	(0.38-1.40)	
negative (ER- and PgR-)	286	0.52	(0.30-0.90)	



Adjuvant Capecitabine for Breast Cancer after Preoperative Chemotherapy

N. Masuda, S.-J. Lee, S. Ohtani, Y.-H. Im, E.-S. Lee, I. Yokota, K. Kuroi, S.-A. Im, B.-W. Park, S.-B. Kim, Y. Yanagita, S. Ohno, S. Takao, K. Aogi, H. Iwata, J. Jeong, A. Kim, K.-H. Park, H. Sasano, Y. Ohashi, and M. Toi

N Engl J Med 2017;376:2147-59.

DOI: 10.1056/NEJMoa1612645

Copyright © 2017 Massachusetts Medical Society.

Overall Survival in the Subgroup of Patients with Hormone Receptor Positive Disease.

- 1. Bei allen her 2 pos mit non pcr tdm1**
- 2. Bei allen her 2 pos mit pcr trastuzumab wenn vorher N-, Trastuzumab plus Pertuzumab wenn vorher N+ (pN+)**
- 3. Bei allen tnbc non pcr brca mutationen bestimmen und entsprechend olaparib empfehlen**
- 4. Bei allen hr pos mit cps eg ≥ 3 brca mutation bestimmen und olaparib empfehlen. Dazu bitte T Stadium dokumentieren**
- 5. Bei allen hr pos non pcr eher an abema denken als capecitabine geben**
- 6. Bei allen hr pos pN + mit ≥ 4 pos lk über abema möglichkeit aufklären**
- 7. Bei allen hr pos pN + mit 1-3 pos lk mit zusatzrisikokriterien über abema möglichkeit aufklären**
- 8. Neu erfasst werden muss im register bei tnbc die therapie mit pembrolizumab (sowohl neoadjuvant als auch adjuvant)**
- 9. Sobald tdx bei her 2 low metastasiert zugelassen ist, sollte entsprechend in der patho diese neue kategorie klar efasst werden**

