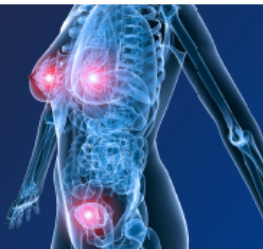


Entitätenspezifische Qualitätskonferenz des KKRBB zum Mammakarzinom und zu gynäkologischen Tumoren

21. Juni 2023
16:00 - 19:00 Uhr
Onlineveranstaltung



Programm

Wissenschaftliche Leitung & Moderation: Dr. med. Jutta Krockner und Dr. med. Christiane Richter-Ehrenstein

16:00 - 16:15 Uhr	Begrüßung und Einführung Dr. rer. nat. Renate Kirschner-Schwabe Klinisch-epidemiologisches Krebsregister BB-B
16:15 - 16:45 Uhr	Derzeitige Versorgungssituation in Brandenburg/Berlin und Empfehlungen St. Gallen Consensus Meeting, AGO Leitlinie und ASCO 2023 - Was ist praktikabel? Prof. Dr. med. Michael Untch Helios Klinikum Berlin-Buch
16:45 - 17:15 Uhr	Entwicklung der Hypofraktionierung beim Mammakarzinom im Land Brandenburg und Berlin Dr. med. Stephan Koswig Helios Klinikum Bad Saarow
17:15 - 17:30 Uhr	PAUSE
17:30 - 18:00 Uhr	Operative Therapie des Zervix- und Endometriumkarzinoms Prof. Dr. med. Mandy Mangler Vivantes Klinikum Neukölln & Vivantes AVK Berlin-Schöneberg
18:00 - 18:30 Uhr	Ovarialkarzinom - Aktuelles vom ESMO und ASCO 2022 Dr. med. Robert Armbrust Charité Berlin
18:30 - 19:00 Uhr	Zusammenfassung und Ausblick

Axilläre Lymphknotendisektion (ALND) ohne neoadjuvante Chemotherapie



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

Guidelines Breast
Version 2023.1D

In Zusammen-
arbeit mit:



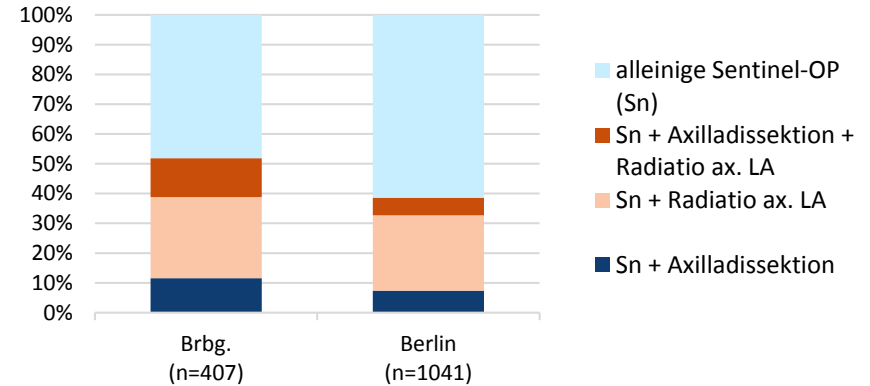
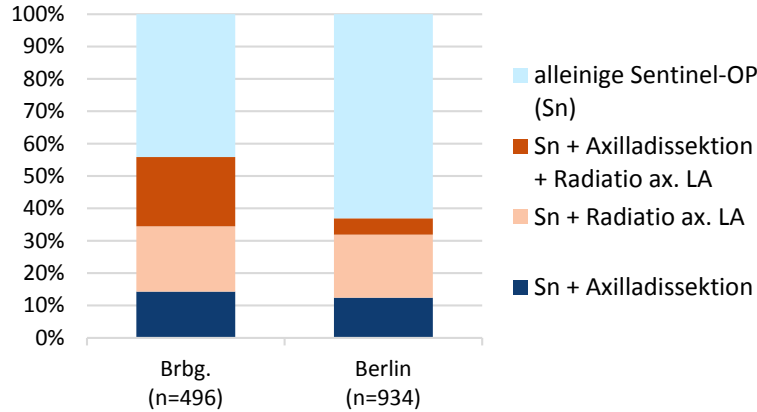
www.ago-online.de

FORSCHEN
LEHREN
HEILEN

			Oxford		
			LoE	GR	AGO
▪	Endpunkt: Überleben (bei adäquater, multimodaler Therapie)		3	D	-
▪	Endpunkt: Staging		3	A	-
▪	Endpunkt: Lokoregionale Tumorkontrolle		2a	A	+/-
▪	pN+ (präoperativ histologisch gesichert)		2a	B	+
▪	cN0 pN0 (i+) (sn)		1b	A	--
▪	cN0 pN1mi (sn)		2b	B	--
▪	cN0 pN1 (sn) (T1/2, < 3 SN+*, BEO + RT + adäquate Systemtherapie)		1b	A	-
▪	cN0 pN1 (sn) und Mastektomie (keine Radiotherapie der Thoraxwand)		1b	B	+**
▪	cN0 pN1 (sn) und Mastektomie (T1/2, < 3 SN+, Radiotherapie der Thoraxwand)		5	D	+/-**
▪	ALND indiziert, aber nicht möglich				
▪	Radiatio analog AMAROS-Studie (evaluiert für cN0 pN1sn)		1b	B	+

*ACOSOG Z0011 Studie ohne klare Definition eines extrakapsulären Wachstums; **Studienteilnahme empfohlen

Therapie Axilla bei 1-3 befallenen Sentinel-LK



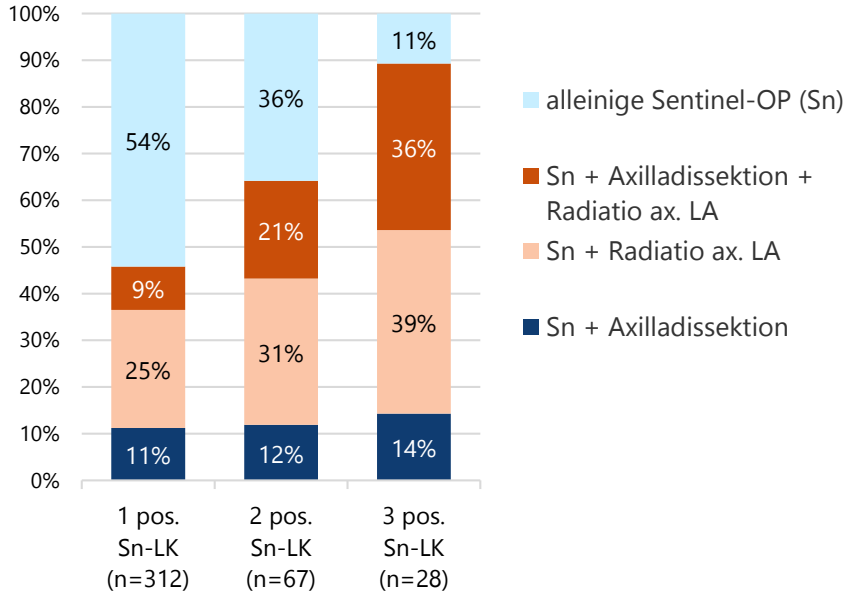
Therapie d. Axilla nach OP-Land, invasive Mammakarzinome mit BET, ohne M1, Diagnosejahre 2016-2018, n=1.430

Therapie d. Axilla nach OP-Land, invasive Mammakarzinome mit BET, ohne M1, Diagnosejahre 2019-2021, n=1.448

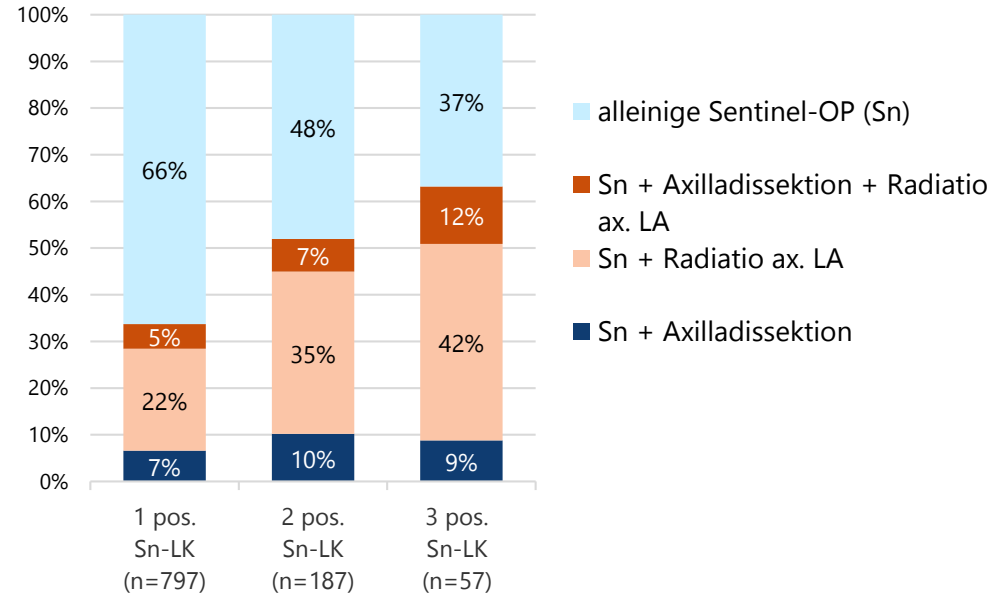
Diagnosejahre 2019-2021

	OP-Land Brandenburg		OP-Land Berlin	
Sn + Axilladissektion	47	11,5%	77	7,4%
Sn + Radiatio ax. LA	111	27,3%	263	25,3%
Sn + Axilladissektion + Radiatio ax. LA	53	13,0%	62	6,0%
alleinige Sentinel-OP	196	48,2%	639	61,4%
gesamt	407	100,0%	1041	100,0%

Therapie Axilla bei 1-3 befallenen Sentinel-LK



OP-Land Brandenburg, Therapie d. Axilla nach Anzahl befallener Sn-LK, invasive Mammakarzinome mit BET, Diagnosejahre 2019-2021, n=407



OP-Land Berlin, Therapie d. Axilla nach Anzahl befallener Sn-LK, invasive Mammakarzinome mit BET, Diagnosejahre 2019-2021, n=1.041

A Concept for the Clinical Implementation of Sentinel Lymph Node Biopsy in Patients with Breast Carcinoma with Special Regard to Quality Assurance

Cancer 2005, 103:451-61

Bei 25 % der Patientinnen, die „nur“ eine SLN OP hatten, „belässt“ man befallene LK in der Axilla

Thorsten Kuehn, M.D.¹
 Andreas Bembek, M.D.²
 Thomas Decker, M.D.³
 Dieter Ludwig Munz, M.D.⁴
 Marie-Luise Sautter-Bihl, M.D.⁵
 Michael Untch, M.D.⁶

The development of standardized and reproducible clinical pathways is an important precondition for quality assurance in medicine, especially if a new method has not yet been ultimately validated. Sentinel lymph node biopsy (SLNB) is a widely accepted new surgical procedure in the treatment of early breast carcinoma. However, numerous steps of the method and details of the technique are not standardized and, thus, hamper quality assurance for SLNB. The German Society

TABLE 2. Number and Extent of Disease of Lymph Nodes by Treatment Arm for the Intent-to-Treat and the Treatment Received Samples

	Intent-to-Treat Sample			Treatment Received Sample		
	ALND (N = 420)	SLND Only (N = 436)	P	ALND (N = 388)	SLND Only (N = 425)	P
Total no. nodes removed						
Median	17	2	<0.001	17	2	<0.001
IQR*	13, 22	1, 4		13, 22	1, 3	
Positive nodes, no.(%)						
0	4 (1.2)	29 (7.0)	<0.001	3 (0.88)	28 (6.9)	<0.001
1	199 (58.0)	295 (71.1)		198 (58.1)	290 (71.8)	
2	68 (19.8)	76 (18.3)		68 (19.9)	74 (18.3)	
>3	72 (21.0)	15 (3.6)		72 (21.1)	12 (3.0)	
Unknown	77	21		47	21	
Size of SN metastasis, no. (%)						
Micro	137 (37.5)	164 (44.8)	0.05	120 (35.4)	160 (44.6)	0.02
Macro	228 (62.5)	202 (55.2)		219 (64.6)	199 (55.4)	
Unknown	55	70		49	66	

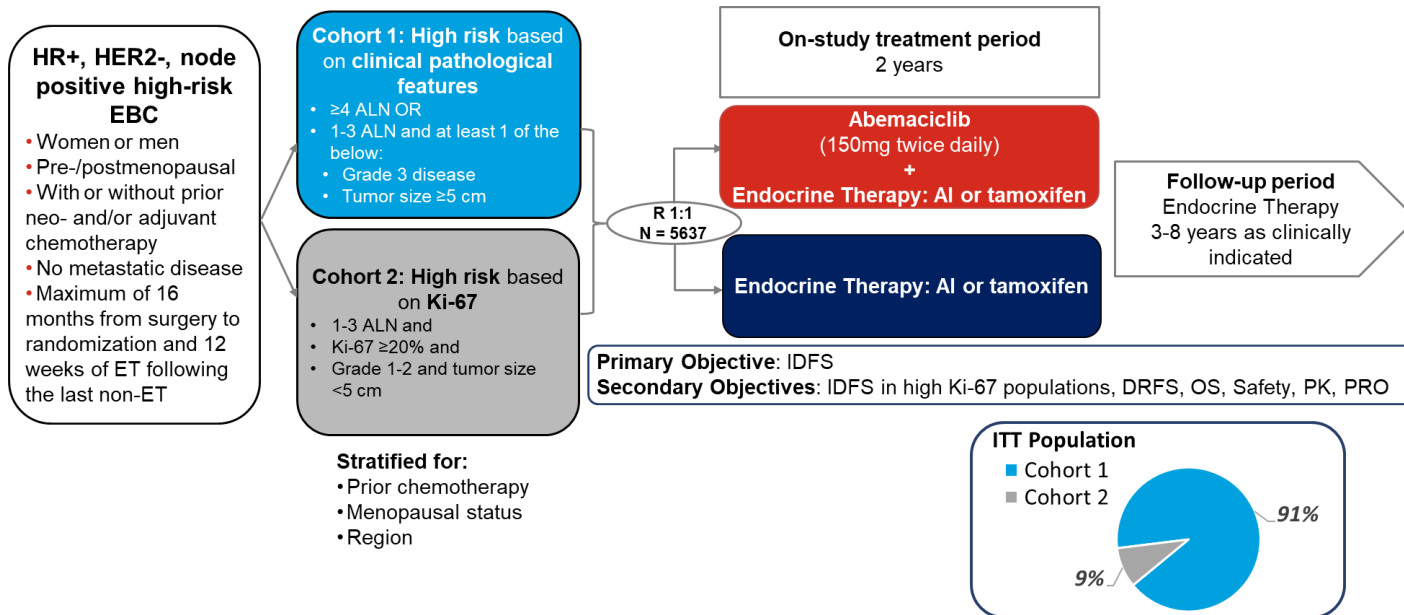
*IQR is the interquartile range, which is the 25th percentile, 75th percentile.

ALND indicates axillary lymph node dissection; SLND, sentinel lymph node dissection; SN, sentinel node.

Treatment With Adjuvant Abemaciclib Plus Endocrine Therapy in Patients With High-risk Early Breast Cancer Who Received Neoadjuvant Chemotherapy

A Prespecified Analysis of the monarchE Randomized Clinical Trial

Miguel Martin, MD, PhD; Roberto Hegg, MD; Sung-Bae Kim, MD, PhD; Michael Schenker, MD, PhD; Daniela Grecea, MD, PhD; Jose Angel Garcia-Saenz, MD, PhD; Konstantinos Papazisis, MD, PhD; QuChang Ouyang, MD; Aleksandra Lacko, MD, PhD; Berna Oksuzoglu, MD; James Reeves, MD; Meena Okera, MD; Laura Testa, MD; Chikako Shimizu, MD, PhD; Neelima Denduluri, MD; Hryhoriy Adamchuk, MD; Shaker Dakhil, MD; Ran Wei, PhD; Tammy Forrester; Maria Munoz Fernandez, PhD; Annamaria Zimmermann; Desiree Headley; Stephen R. D. Johnston, MD, PhD



Ribociclib and endocrine therapy as adjuvant treatment in patients with HR+/HER2- early breast cancer: primary results from the Phase III NATALEE trial

Dennis Slamon,¹ Daniil Stroyakovskiy,² Denise A. Yardley,³ Chiun-Sheng Huang,⁴ Peter A. Fasching,⁵ John Crown,⁶ Aditya Bardia,⁷ Stephen Chia,⁸ Seock-Ah Im,⁹ Miguel Martin,¹⁰ Sherene Loi,¹¹ Binghe Xu,¹² Sara Hurvitz,¹³ Carlos Barrios,¹⁴ Michael Untch,¹⁵ Rebecca Moroosse,¹⁶ Frances Visco,¹⁷ Rodrigo Fresco,¹⁸ Tetiana Taran,¹⁹ Gabriel N. Hortobagyi²⁰

¹David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA; ²Moscow City Oncology Hospital No. 62 of Moscow Healthcare Department, Moscow Oblast, Russia; ³Sarah Cannon Research Institute, Tennessee Oncology, Nashville, TN; ⁴National Taiwan University Hospital, National Taiwan University College of Medicine, Taipei City, Taiwan; ⁵University Hospital Erlangen Comprehensive Cancer Center Erlangen-EMN, Friedrich-Alexander University Erlangen-Nuremberg, Erlangen, Germany; ⁶St. Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland; ⁷Massachusetts General Hospital Cancer Center, Harvard Medical School, Boston, MA; ⁸British Columbia Cancer Agency, Vancouver, BC, Canada; ⁹Cancer Research Institute, Seoul National University Hospital, Seoul National University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea; ¹⁰Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Centro de Investigación Biomédica en Red de Cáncer, Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama, Universidad Complutense, Madrid, Spain; ¹¹Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne, VIC, Australia; ¹²Department of Medical Oncology Cancer Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences (CAMS), and Peking Union Medical College (PUMC), Beijing, China; ¹³University of California, Los Angeles, Jonsson Comprehensive Cancer Center, Los Angeles, CA; ¹⁴Latin American Cooperative Oncology Group (LACOG), Porto Alegre, Brazil; ¹⁵Interdisciplinary Breast Cancer Center, Helios Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Germany; ¹⁶Orlando Health Cancer Institute, Orlando, FL; ¹⁷National Breast Cancer Coalition, Washington DC; ¹⁸TRIO - Translational Research in Oncology, Montevideo, Uruguay; ¹⁹Novartis Pharma AG, Basel, Switzerland; ²⁰Department of Breast Medical Oncology, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX

Axilläre operative Interventionen bei NACT

Oxford

LoE

GR

AGO

SLNE nach NACT

SLNE vor NACT

2b

B

++

2b

B

-

cN-Status (vor NACT)	pN-Status (vor NACT)	cN-Status (nach NACT)	Axilläre operative Intervention (nach NACT)	pN-Status (nach NACT und Operation)	Operative Konsequenz aus Histobefund			
cN0	—	ycN0	SLNE alleine	ypN0 (sn)	—	2b	B	++***
				ypN0 (i+) ypN1 _{mic} (sn)	ALND	2b	C	+ (+/- bei i+)
					Keine **	5	D	+/-
				ypN1 (sn)	ALND	2b	C	++
Keine**	5	D	+/-					
cN+	pN _{CNB}	ycN0	SLNE alleine* TAD (TLNE + SLNE)* ALND*	ypN0	—	2b	B	+/-***
				ypN0		2b	B	***
				ypN0		2b	B	***
			SLNE alleine* TAD (TLNE + SLNE)*	ypN+ inkl. ypN0 (i+)	ALND	2b	B	+ (+/- bei i+)
ALND	ypN+	—	2b	B	++			
keine	n.d.	keine**	5	D	-			
cN+	pN _{CNB}	ycN+	ALND	ypN+ inkl. ypN0 (i+)	—	2b	B	++
				Keine	n.d.	keine**	5	D

* Studienbeteiligung an pN_{CNB} empfohlen; ** s. Empfehlungen Kapitel Strahlentherapie, alleinige Radiatio bei ypN1(sn), ypN+ nicht empfohlen;

*** Empfehlungsgrad bezieht sich auf Staging bei cN0 und cN+, ypN0

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

Guidelines Breast
Version 2021.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN
LEHREN
HEILEN

Verbesserung der Falsch-Negativ-Rate des operativen Stagings bei pN⁺_{CNB} vor NACT und ycN0 nach NACT

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

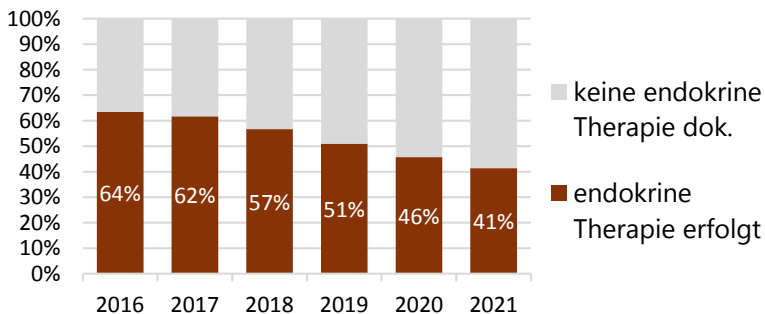
Guidelines Breast
Version 2021.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> Entfernung von > 2 SLNs (SLNE, kein ungezieltes axilläres Sampling!) 	2a	B	+
<ul style="list-style-type: none"> Kombinierte Tracermethode 	2a	B	+/-
<ul style="list-style-type: none"> IHC zur Detektion von ITC oder Mikrometastasen 	2b	B	+
<ul style="list-style-type: none"> Markierung von positiven LK vor NACT 	2b	B	+*
<ul style="list-style-type: none"> Targeted Axillary Dissection (TAD = TLNE + SLNE) 	2b	B	+*
<ul style="list-style-type: none"> Alleinige TLNE 	2b	B	+/-*

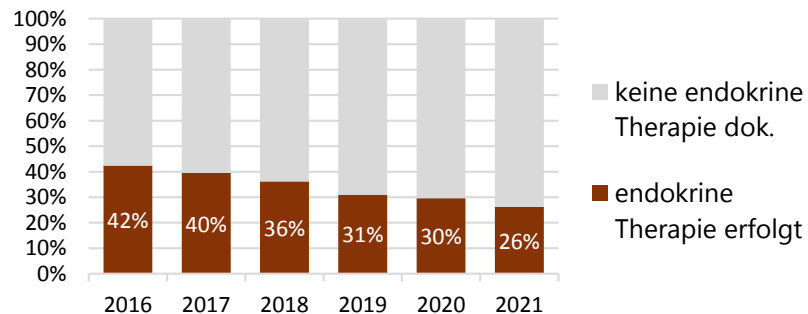
* Teilnahme an Studien empfohlen

1. Die CDK 4/6 Inhibitoren werden zunehmend adjuvant eingesetzt werden, wir sollten ihre Verordnung erfassen und dokumentieren. Wünschenswert wäre auch die Erfassung und Dokumentation der Einnahmedauer (Abema 2 Jahre, Ribo in Zukunft 3 Jahre)
2. Die Axilladiagnostik muss sowohl vor der primären Operation wie auch vor und nach neoadjuvanter Therapie sehr präzise sein, um die Anzahl der befallenen LK zu erfassen.
3. Die LK Biopsie und Markierung (Clip, Tattoo, Radarscout etc) sowie die TAD müssen in jedem Brustzentrum beherrscht werden, um sowohl überflüssige Axilladissektionen zu vermeiden, wie auch ein "Unterstaging", da dies mit sehr wichtigen medikamentösen und strahlentherapeutischen Konsequenzen verbunden ist
4. Die Kostenübernahme für den Mehraufwand hinkt hinterher !!!!

Endokrine Therapie, invasive Mammakarzinome, HR pos.



**gemeldete endokrine Therapie,
Wohnort Brandenburg, invasive
Mammakarzinome, Hormonrezeptor positiv,
Diagnosejahre 2016-2021, n=11.078**



**gemeldete endokrine Therapie,
Wohnort Brandenburg, invasive
Mammakarzinome, Hormonrezeptor positiv,
Diagnosejahre 2016-2021, n=11.078**

Anmerkung:

**Die Endokrine Therapie scheint nicht vollzählig
gemeldet zu werden**

Effects of ovarian ablation or suppression on breast cancer recurrence and survival: patient-level meta-analysis of 14,999 pre-menopausal women in 25 randomized trials

Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG)

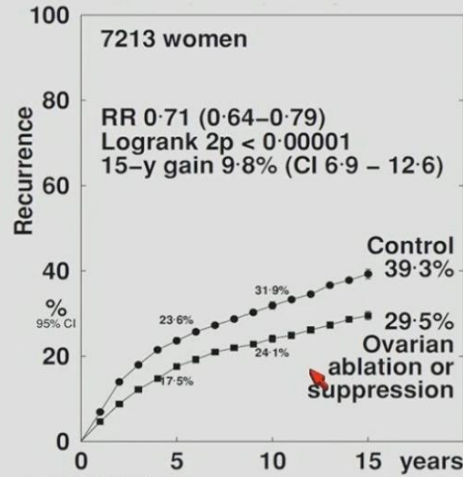
Writing Committee: Richard Gray, Rosie Bradley, Jeremy Braybrooke, Mike Clarke, Robert Hills, Richard Peto, Jonas Bergh, Sandra Swain, Rodrigo Arriagada, Judith Bliss, Allan Hackshaw, Hyun-Ah Kim, Woo Chul Noh, John Yarnold, Nancy Davidson, Prudence Francis, Meredith Regan

2023 ASCO ANNUAL MEETING | #ASCO23 | presented by: Richard Gray, Emeritus Professor of Medical Statistics, University of Oxford

ASCO | AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY | KNOWLEDGE. CONSIDER. CURE.

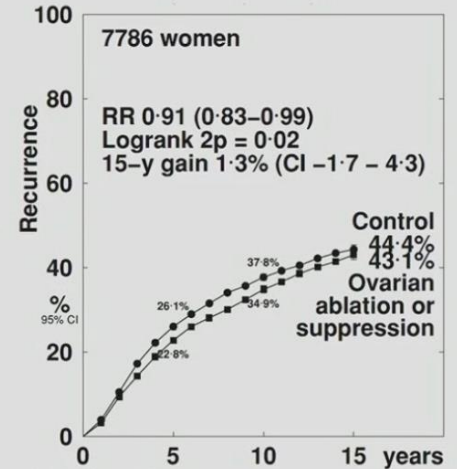
Ovarian ablation/suppression vs not: **Recurrence**

(A) No chemotherapy, or remained premenopausal after chemotherapy



Allocation	Years 0 - 4	Years 5 - 9	Years 10 - 14	Year 15+
Abt./suppr.	4.38 (967 / 15233)	1.79 (178 / 9933)	1.47 (78 / 5291)	1.30 (72 / 5320)
Control	5.13 (146 / 14444)	2.23 (199 / 8916)	2.34 (100 / 4279)	1.39 (64 / 3386)
Rate ratio, from (O-E) / V	0.71 (0.63 - 0.81)	0.72 (0.58 - 0.93)	0.63 (0.45 - 0.88)	0.90 (0.55 - 1.48)
	-77.9 / 226.2	-21.6 / 69.9	-14.0 / 32.6	-1.6 / 15.9

(B) Premenopausal before chemotherapy, uncertain after

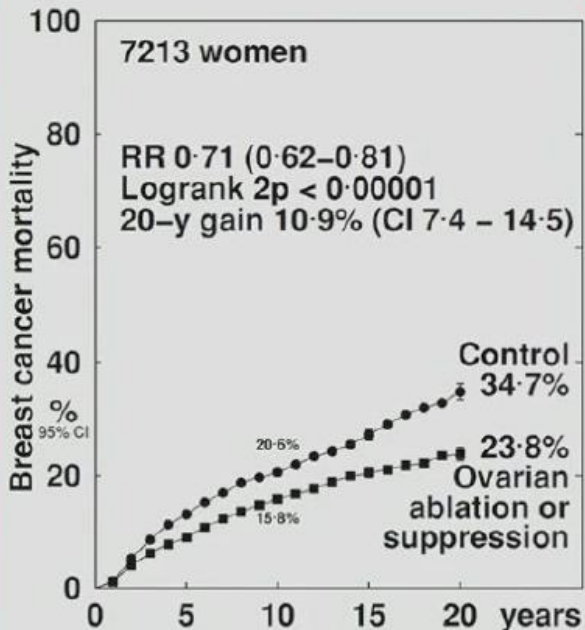


Allocation	Years 0 - 4	Years 5 - 9	Years 10 - 14	Year 15+
Abt./suppr.	5.29 (848 / 10358)	3.48 (345 / 10156)	2.73 (109 / 3992)	1.20 (21 / 1747)
Control	5.88 (950 / 16172)	3.51 (351 / 9996)	2.33 (91 / 2692)	0.95 (16 / 1676)
Rate ratio, from (O-E) / V	0.93 (0.79 - 0.95)	0.97 (0.82 - 1.15)	1.18 (0.96 - 1.61)	1.87 (0.93 - 3.18)
	-44.4 / 107.9	-41.1 / 126.4	6.8 / 128.8	6.8 / 7.9

Ovarian ablation/suppression vs not: Mortality

(A) No chemotherapy or premenopausal after

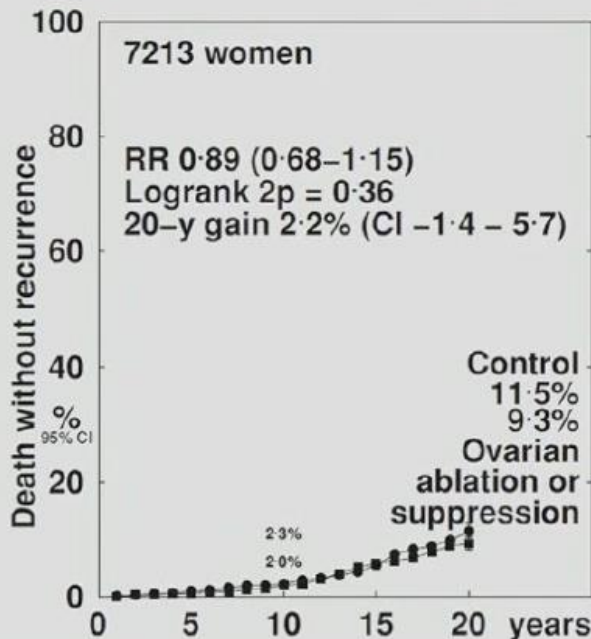
Breast cancer mortality



Death rates (%/year: total rate - rate in women without recurrence) & logrank analyses

Allocation	Years 0 - 9	Years 10 - 19	Year 20+
Abl./suppr.	201 (184 / 218)	118 (105 / 141)	130 (93 / 188)
Control	219 (201 / 237)	178 (147 / 209)	147 (101 / 193)
Rate ratio, from (0-E) / V	0.74 (0.663 - 0.86)	0.38 (0.42 - 0.81)	0.62 (0.43 - 1.06)
	-517 / 185.2	-19.1 / 35.9	-1.9 / 9.4

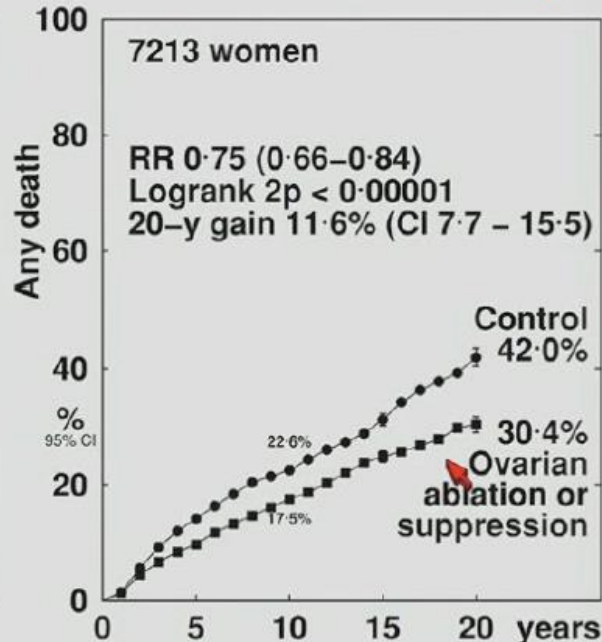
Death without recurrence



Death-without-recurrence rates (%/year) and logrank analyses

Allocation	Years 0 - 9	Years 10 - 19	Year 20+
Abl./suppr.	0.19 (0 / 2566)	0.75 (56 / 764)	4.32 (145 / 317)
Control	0.21 (0 / 2382)	0.8 (51 / 106)	4.32 (106 / 240)
Rate ratio, from (0-E) / V	0.75 (0.46 - 1.22)	0.89 (0.54 - 1.47)	0.98 (0.67 - 1.44)
	-4.7 / 16.2	-9.1 / 15.4	-0.5 / 26.1

All cause mortality

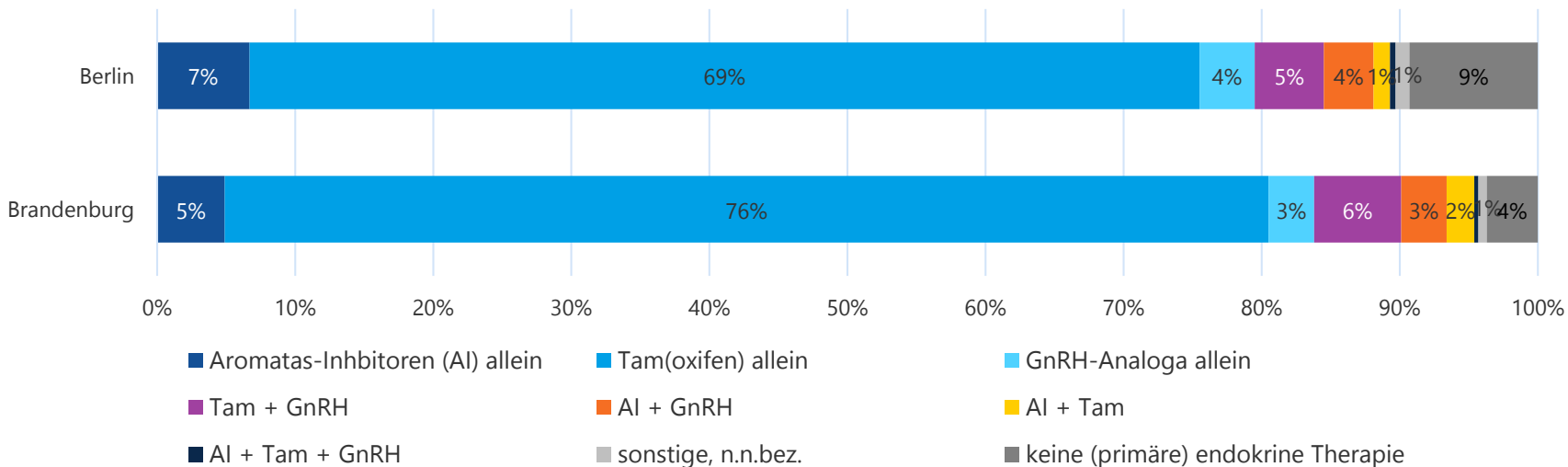


Death rates (%/year) and logrank analyses

Allocation	Years 0 - 9	Years 10 - 19	Year 20+
Abl./suppr.	2.22 (0.02 / 2719)	1.91 (1.09 / 0404)	1.42 (110 / 207)
Control	3.41 (0.09 / 2583)	3.51 (179 / 690)	1.52 (145 / 262)
Rate ratio, from (0-E) / V	0.74 (0.663 - 0.86)	0.56 (0.50 - 0.67)	0.91 (0.67 - 1.30)
	-564 / 185.5	-213 / 113	-24 / 155

Art der primären endokrinen Therapie bei <50 Jährigen

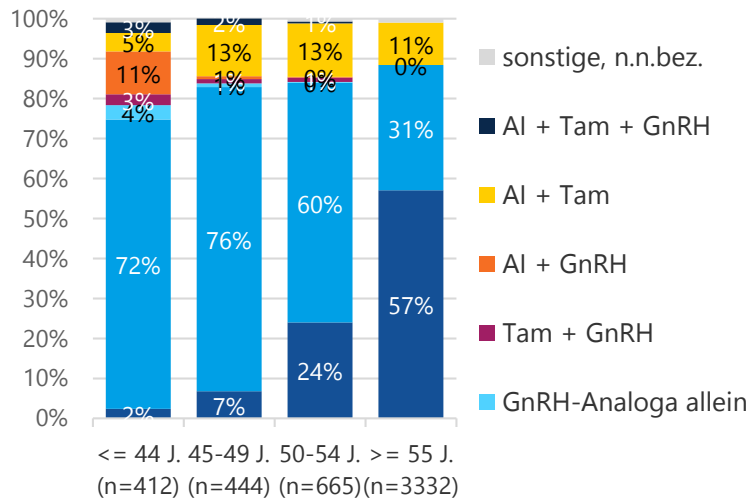
Art der primären endokrinen Therapie



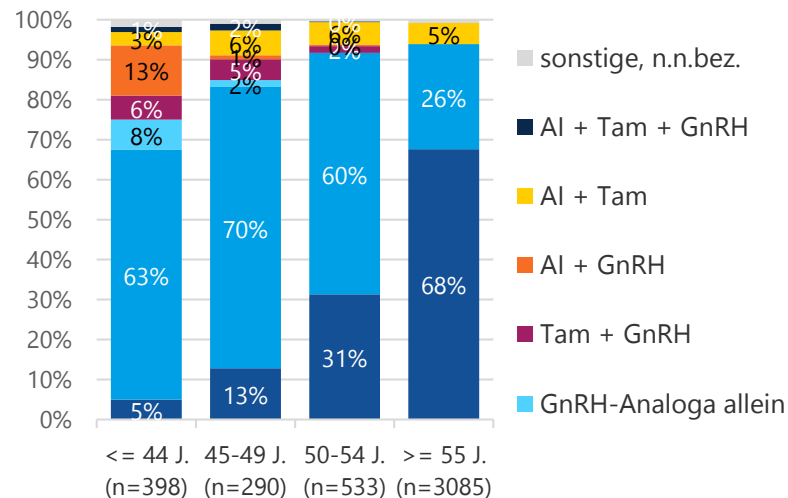
Art der primären* antihormonellen Therapie, invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom, Frauen, <50 Jahre, Ort der endokrinen Therapie Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2021 (n=1.598)

*Definition Primärtherapie: Beginn innerhalb von 12 Monaten nach Diagnose zu einem Zeitpunkt, wo noch kein Rezidiv gemeldet wurde

Art der endokrinen Therapie

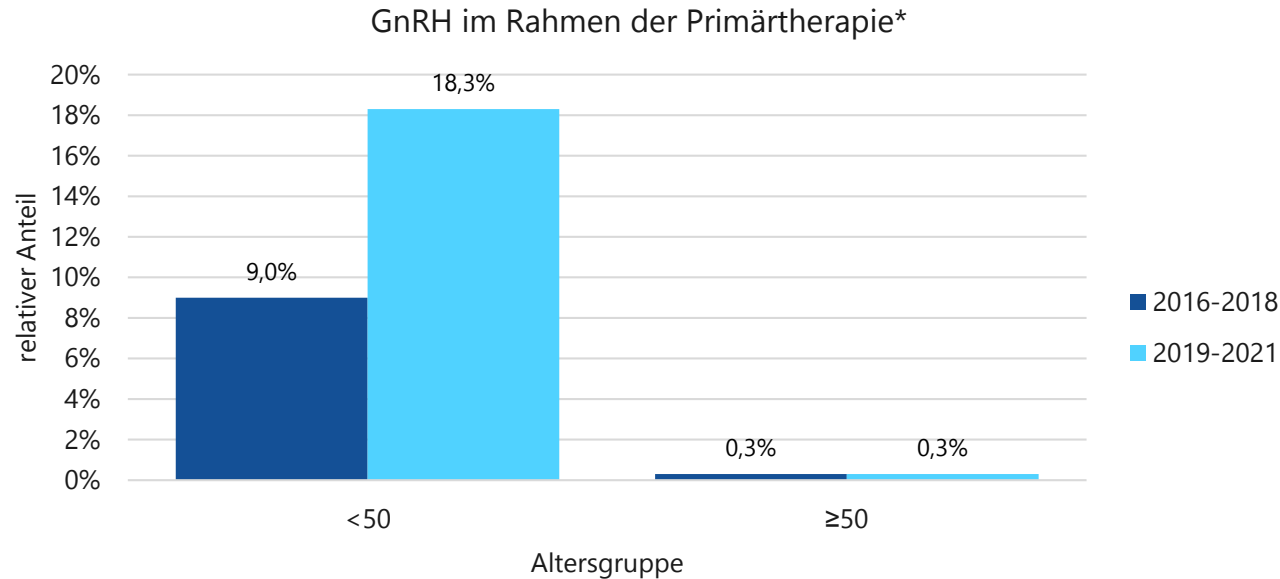


Art der antihormonellen Therapie, invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom mit endokriner Therapie,
Ort der endokrinen Therapie Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2018 (n=4.853)



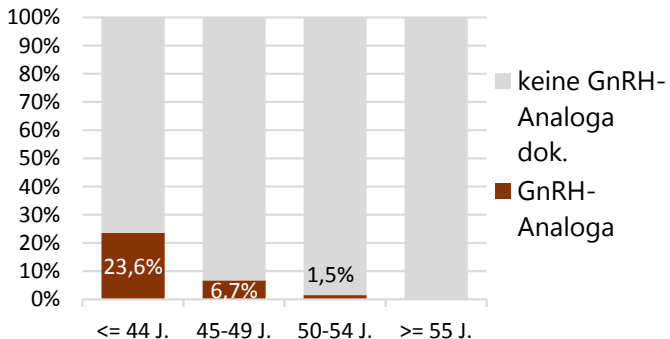
Art der antihormonellen Therapie, invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom mit endokriner Therapie,
Ort der endokrinen Therapie Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2019-2021 (n=4.306)

Therapie mit GnRH-Analoga

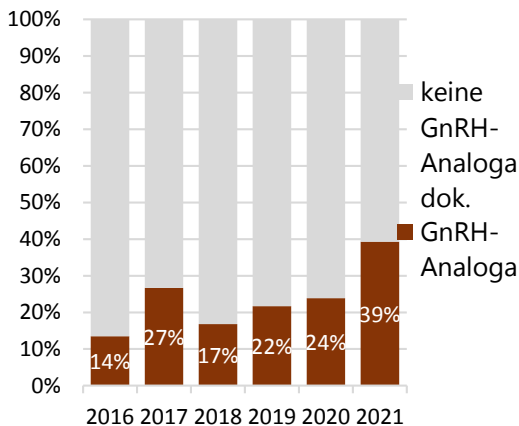


GnRH-Analoga-Therapie in Abhängigkeit vom Alter und Diagnosezeitraum, invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom, Frauen, Ort der endokrinen Therapie Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2021 (n=9.365)

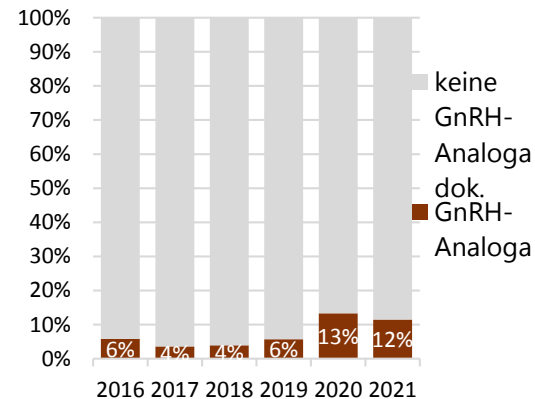
Anteil GnRH-Analoga an endokriner Therapie



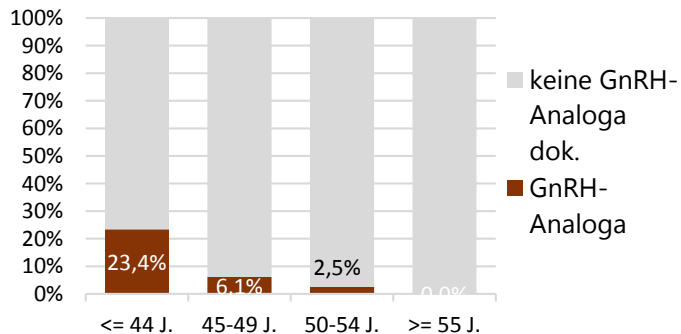
GnRH-Analoga nach Altersgruppen, HR pos. invasive Mammakarzinome mit endokriner Therapie, Therapieland Brandenburg, Diagnosejahre 2016-2021, n=4.756



Alter bei Diagnose ≤ 44 Jahre, n=810



Alter bei Diagnose 45-50 Jahre, n=734



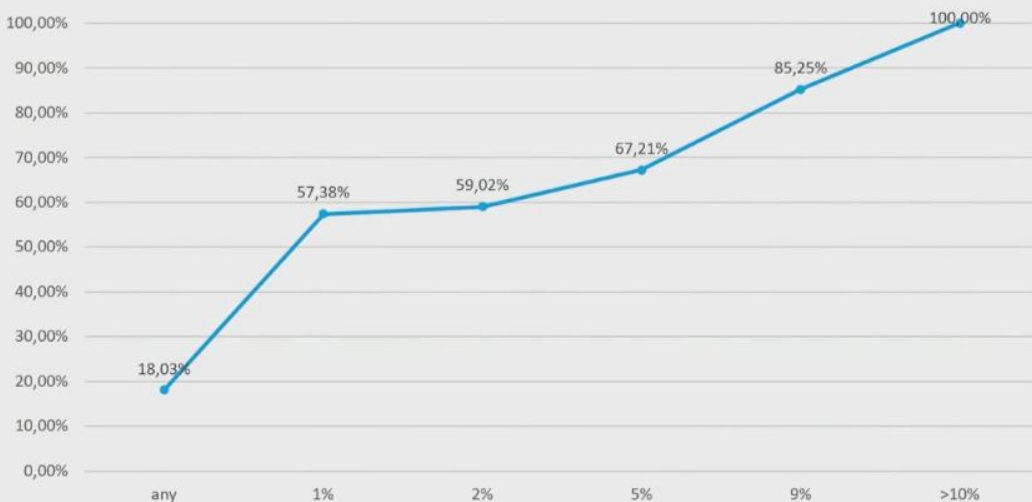
GnRH-Analoga nach Altersgruppen, HR pos. invasive Mammakarzinome mit endokriner Therapie, Therapieland Berlin, Diagnosejahre 2016-2021, n=4.403

GnRH-Analoga nach Diagnosejahren, HR pos. invasive Mammakarzinome mit endokriner Therapie, Therapieland Brandenburg oder Berlin, Diagnosejahre 2016-2021



Topic: Adjuvant Endocrine Therapy

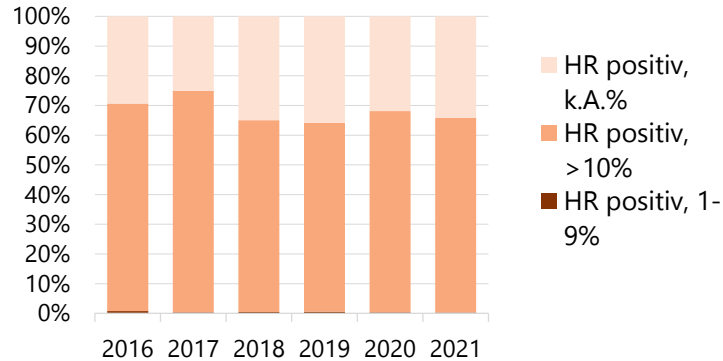
For tumors that are ER low-positive (less than 10%), the appropriate threshold for recommending adjuvant ET is:



71

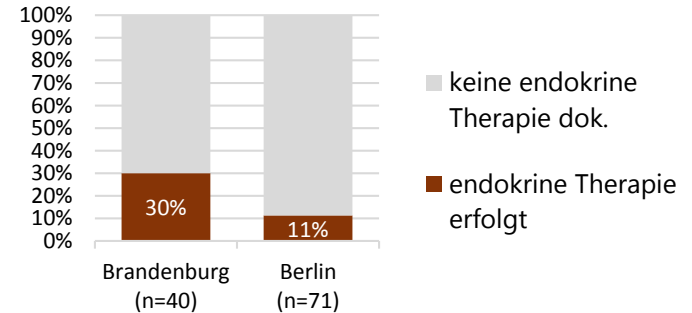


Endokrine Therapie bei ER und PR < 10%



**Wohnort Brandenburg oder Berlin,
invasive Mammakarzinome, Hormonrezeptor
positiv,
Diagnosejahre 2016-2021, n=25.177**

	Anzahl	Prozent
HR positiv, beide 1-9%	111	0,4 %
HR positiv, mind. ein HR > 10%	16.986	67,5 %
HR positiv, k.A.%	8.080	32,1 %
Gesamt	25.177	100 %

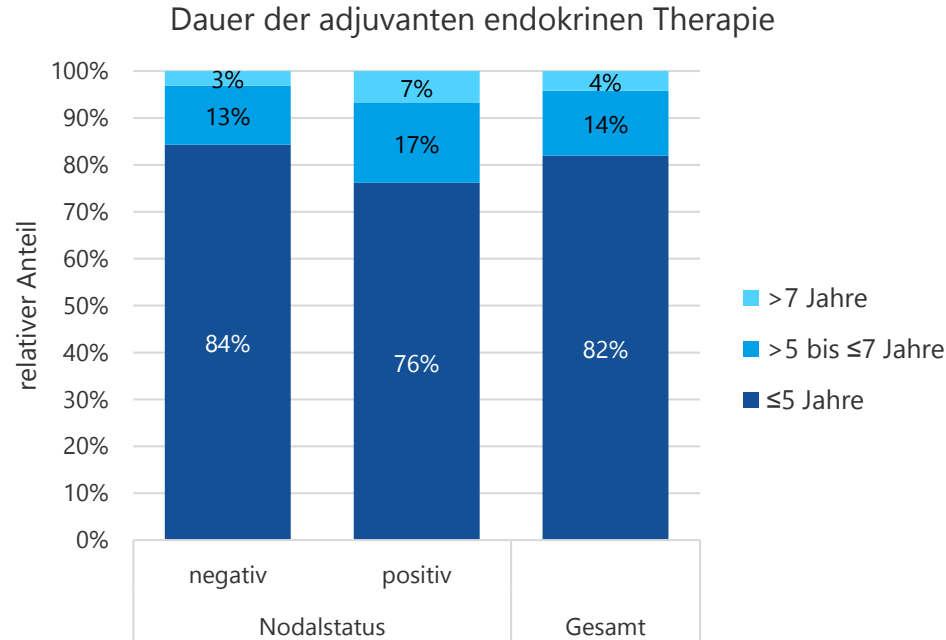


**Anteil endokriner Therapie,
Wohnort Brandenburg oder Berlin,
invasive Mammakarzinome, Hormonrezeptor
positiv,
Diagnosejahre 2016-2021, n=25.177**

Anmerkungen:

- Die Empfehlung einer (endokrinen) Therapie war bis 2022 nicht Bestandteil des bundeseinheitlichen onkologischen Basisdatensatzes und somit nicht in den Krebsregisterdaten vorhanden
- Kleine Grundgesamtheit!
In Brandenburg erfolgte in 2016 deutlich häufiger eine endokrine Therapie als in den Folgejahren -> Wechsel der Empfehlung?

Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie, in Abhängigkeit vom Nodalstatus



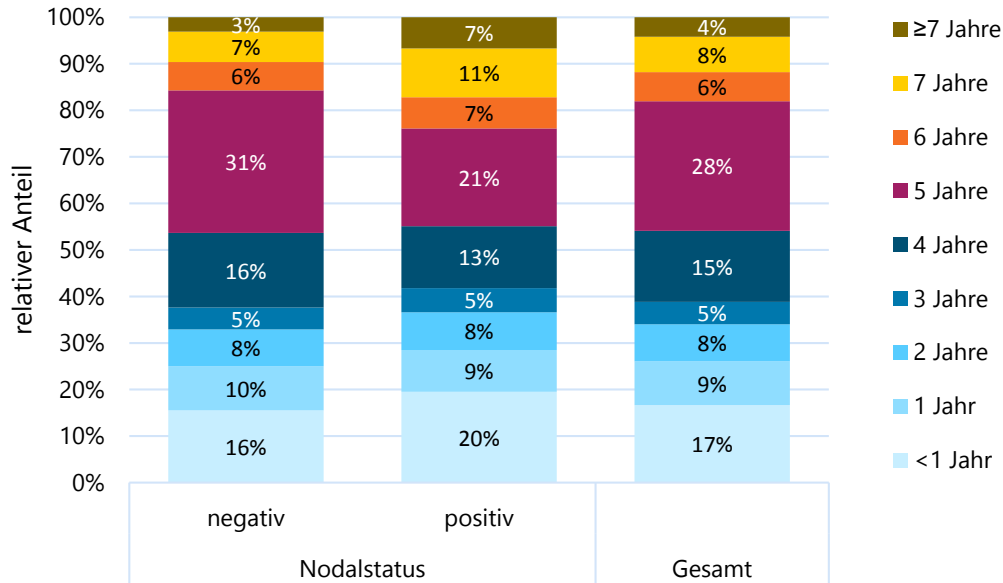
Darstellung bezieht sich auf das Zeitintervall zwischen Beginn der ersten und Ende der letzten Hormontherapie bei operierten Fällen ohne M1 und ohne Rezidiv/Progress

Problem: viele Fälle mit unbekannter Dauer der adjuvanten Hormontherapie (84% ! (N=4171) aller Fälle mit adjuvanter Hormontherapie mit unbekanntem Ende-Datum!)

Dauer der gesamten adjuvanten endokrinen Therapie (exkl. Fälle mit unbekannter Dauer), invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom, Frauen, ohne M1, ohne Rezidiv- oder Progress-Ereignis, OP-Land Brandenburg, Diagnosejahre 2010-2014 (n=767)

Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie, in Abhängigkeit vom Nodalstatus

Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie



Darstellung bezieht sich auf das Zeitintervall zwischen Beginn der ersten und Ende der letzten Hormontherapie bei operierten Fällen ohne M1 und ohne Rezidiv/Progress

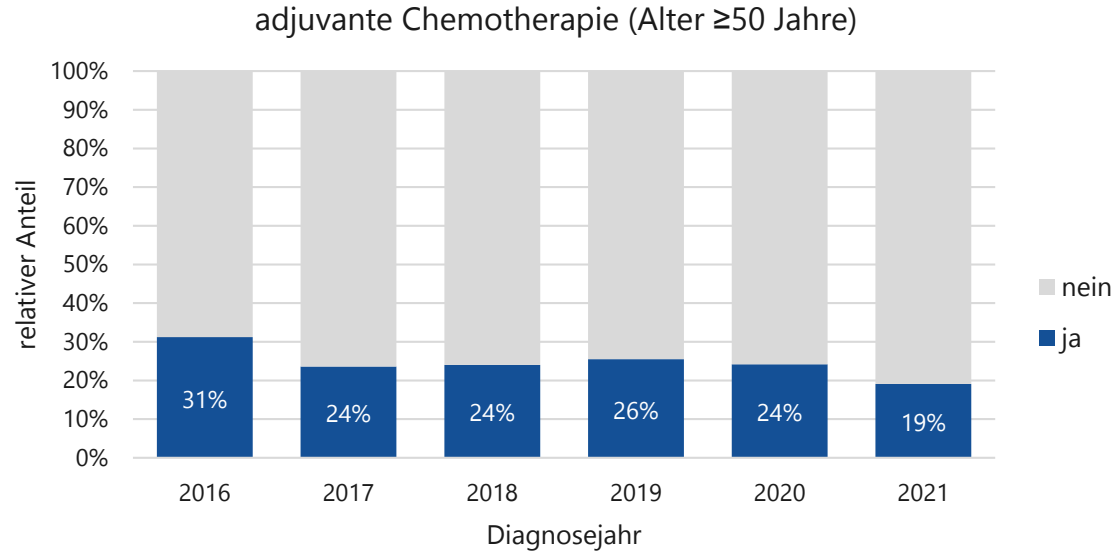
Gut die Hälfte der Patienten (54%) mit bekannter Dauer der Hormontherapie haben eine Einnahmedauer von <5 Jahren (0-59 Monate)

Rund ein Drittel (28%) mit Einnahmedauer von 5 abgeschlossenen Jahren (60-71 Monate)

Knapp ein Fünftel (18%) mit Einnahmedauer ≥6 Jahre (≥72 Monate)

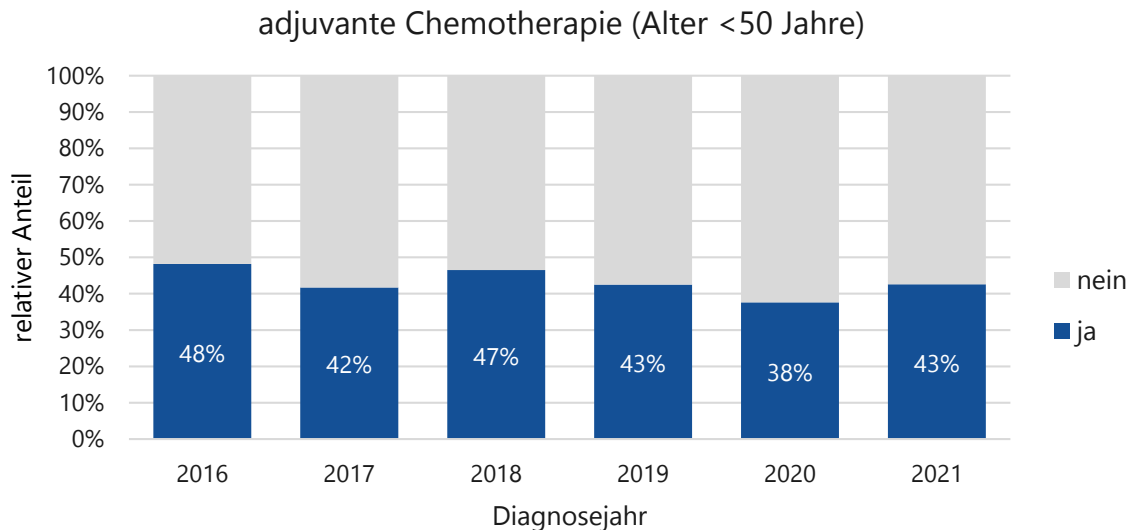
Dauer der gesamten adjuvanten endokrinen Therapie (exkl. Fälle mit unbekannter Dauer), invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom, Frauen, ohne M1, ohne Rezidiv- oder Progress-Ereigniss, OP-Land Brandenburg, Diagnosejahre 2010-2014 (n=767)

Adjuvante Chemotherapie, postmenopausal, HR pos., HER2 neg., 1-3 befallene Lymphknoten



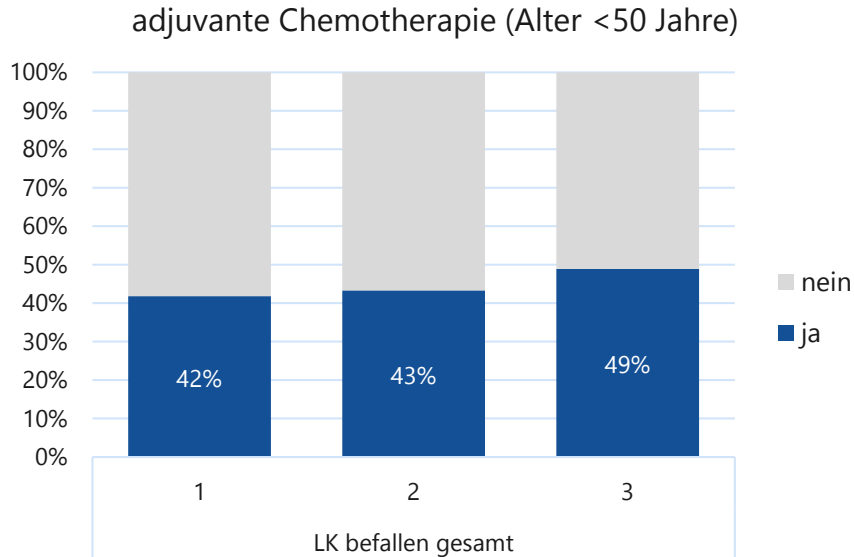
Adjuvante Chemotherapie im zeitlichen Trend, invasives hormonrezeptorpositives, HER2 negatives Mammakarzinom, Frauen, ≥ 50 Jahre, 1-3 befallene Lymphknoten, ohne M1, OP-Land Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2021 (n=2.966)

Adjuvante Chemotherapie, prämenopausal, HR pos., HER2 neg., 1-3 befallene Lymphknoten



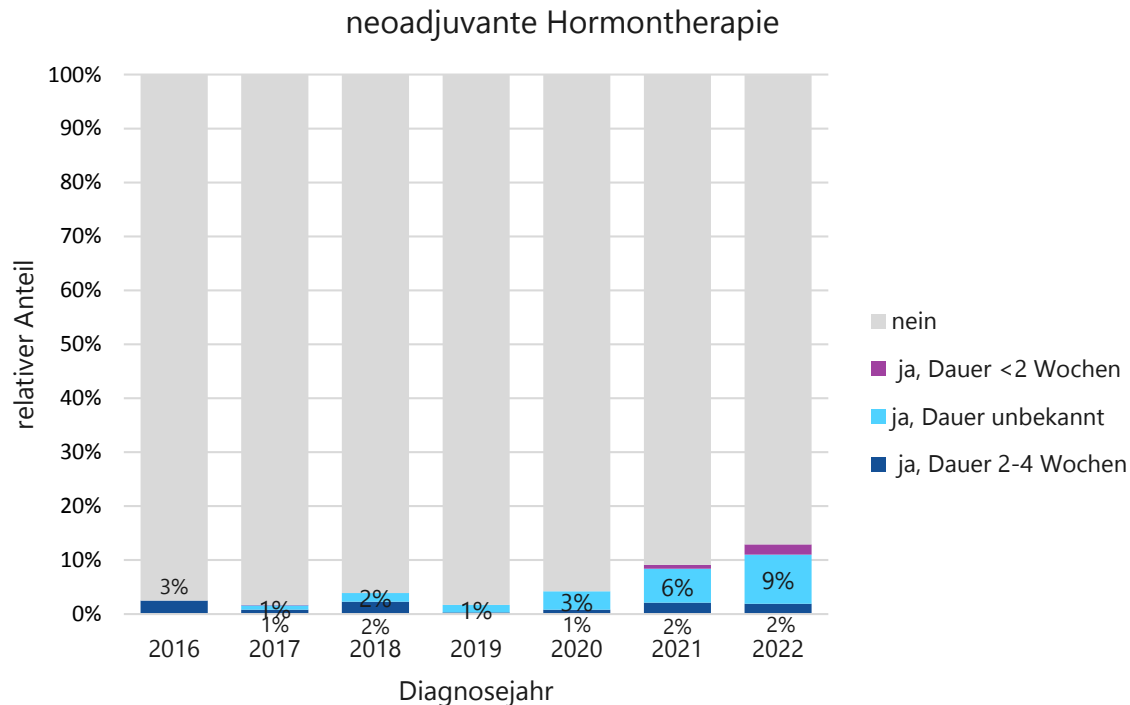
Adjuvante Chemotherapie im zeitlichen Trend, invasives hormonrezeptorpositives, HER2 negatives Mammakarzinom, Frauen, <50 Jahre, 1-3 befallene Lymphknoten, ohne M1 OP-Land Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2021 (n=793)

Adjuvante Chemotherapie, prämenopausal, HR pos., HER2 neg., 1-3 befallene Lymphknoten



Adjuvante Chemotherapie im zeitlichen Trend, invasives hormonrezeptorpositives, HER2 negatives Mammakarzinom, Frauen, <50 Jahre, 1-3 befallene Lymphknoten, ohne M1, OP-Land Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2021 (n=793)

Neoadjuvante endokrine Therapie 2-4 Wochen, HR pos., HER2 neg., 1-3 befallene Lymphknoten



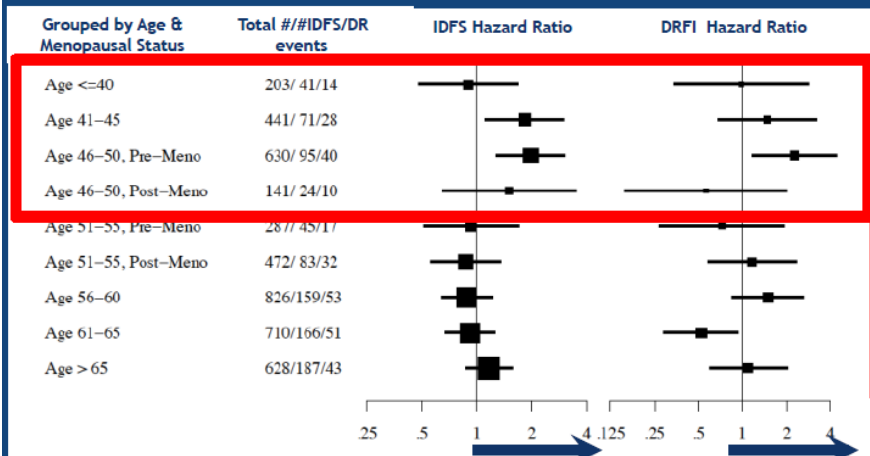
adjuvante Hormontherapie bei nur 39% dieser Fälle gemeldet; relativer Anteil an Hormontherapie wahrscheinlich unterschätzt

Neoadjuvante endokrine Therapie im zeitlichen Trend, invasives hormonrezeptorpositives, HER2 negatives Mammakarzinom, ohne M1, Frauen, 1-3 befallene Lymphknoten, Ort der ersten relevanten OP Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2022 (n=4.063)

Trial Assigning Individualized Options for Treatment (TAILORx): An Update Including 12-Year Event Rates

Joseph A. Sparano, Robert J. Gray, Della F. Makower, Kathy S. Albain, Daniel F. Hayes, Charles E. Geyer, Elizabeth Claire Dees, Matthew P. Goetz, John A. Olson, Jr., Tracy G. Lively, Sunil Badve, Thomas J. Saphner, Timothy J. Whelan, Virginia Kaklamani, & George W. Sledge, Jr.

TAILORx: Updated Analysis - Effect of Age, RS, and Clinical Risk on Chemotherapy Benefit (ITT Population)



12-Year DRFI Rates in Age ≤ 50 Years & RS 16-25

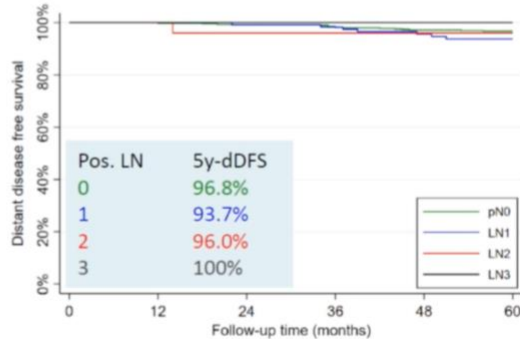
	Estimated Absolute Chemo Benefit <u>Not Stratified</u> by Clinical Risk	Clinical Risk	No.	Estimated Absolute Chemo Benefit <u>Stratified</u> by Clinical Risk
RS 16-20 (N=886)	Δ +0.4% (±SE 2.1%)	Low	671 (76%)	Δ -0.5% (±SE 2.2%)
		High	215 (24%)	Δ +3.1% (±SE 5.4%)
RS 21-25 (N=476)	Δ +7.8% (±SE 3.4%)	Low	319 (67%)	Δ +5.9% (±SE 3.4%)
		High	157 (33%)	Δ +11.7% (±SE 7.2%)

3-way treatment interaction test

- IDFS
 - Chemo-Age-RS (p=0.007)
 - Chemo-Menopause-RS (p=0.06)
- DRFI
 - Chemo-Age-RS (p=0.43)
 - Chemo-Menopause-RS (p=0.26)

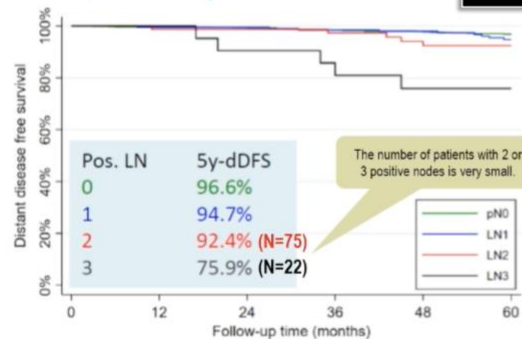
Distant disease-free survival by number of nodes involved in the two Recurrence Score cohorts

RS 0-11



Number at risk						
pN0	657	611	552	520	478	339
LN1	126	122	120	113	103	74
LN2	29	25	23	22	22	20
LN3	10	10	10	10	9	6

RS 12-25/Ki67 response

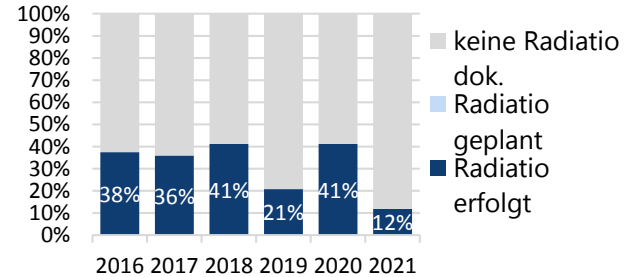
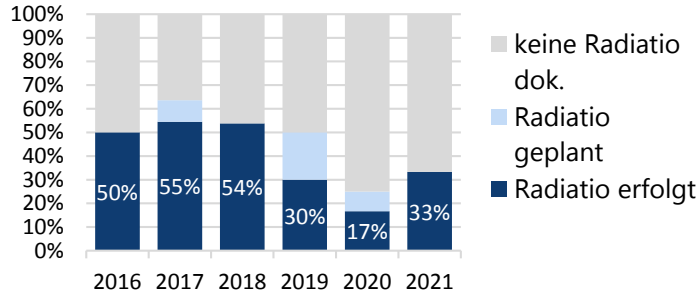


Number at risk						
pN0	1027	946	840	770	714	520
LN1	219	204	199	183	174	117
LN2	75	73	72	68	58	43
LN3	22	22	19	18	15	9

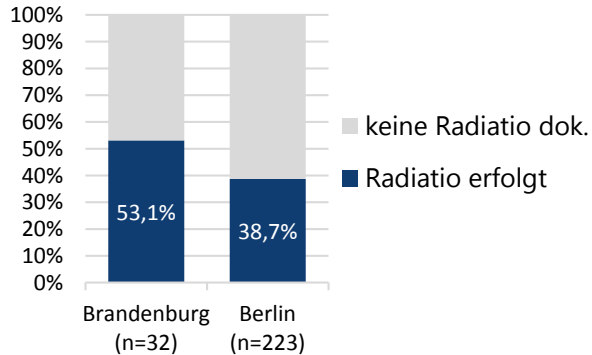
Fazit

1. Der Verzicht auf die adjuvante Chemotherapie bei HR pos, Her 2 neg Patientinnen mit 1-3 befallenen LK und niedrigem oder intermediärem Multigenrisiko ist in der **Postmenopause** Standard (deswegen ist die Kostenübernahme für den Multigentest durch die Kassen dringend notwendig)
2. Der Verzicht auf die adjuvante Chemotherapie bei HR pos, Her 2 neg Patientinnen mit 1-3 befallenen LK und niedrigem oder intermediärem Multigenrisiko ist in der **Prämenopause** nicht Standard. Dazu müssen die Langzeitergebnisse abgewartet werden, auch wenn der dynamische KI 67 sehr "verlockend" ist

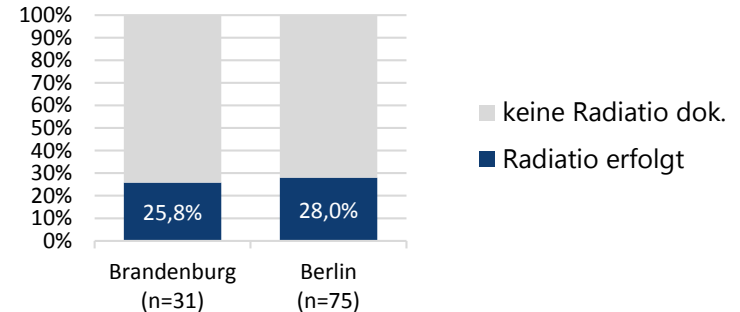
Bestrahlung Thoraxwand nach Mastektomie bei pT3, HR pos., HER-2 neg., 0 befallene LK



OP-Land Brandenburg, Diagnosejahre 2016-2021, n=275



OP-Land Berlin, Diagnosejahre 2016-2021, n=494



nach OP-Land, Diagnosejahre 2019-2021, n=106

nach OP-Land, Diagnosejahre 2016-2018, n=107

Radiatio Thoraxwand, invasive Mammakarzinome mit Mastektomie, ohne M1, pT3, HR pos., HER-2 neg., 0 befallene LK

Postmastektomie-Bestrahlung (PMRT)* der Thoraxwand – Indikation

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

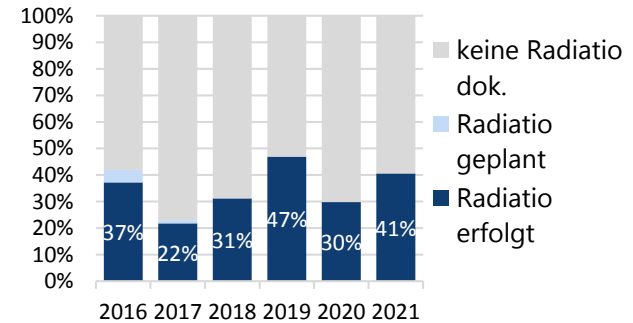
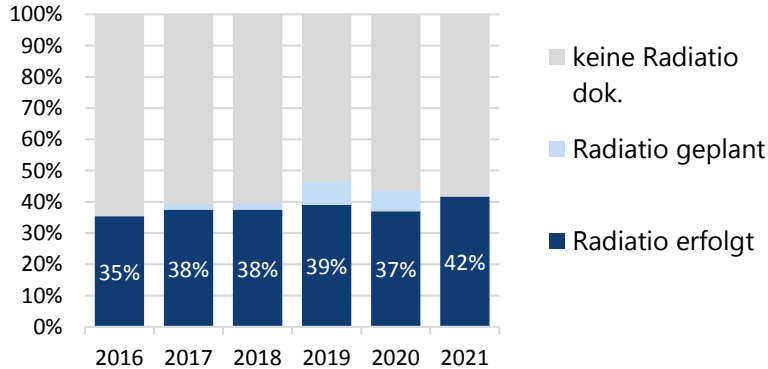
Guidelines Breast
Version 2023.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ > 3 positive Lymphknoten	1a	A	++
▪ 1-3 positive Lymphknoten (hohes Risiko)	1a	A	+
▪ 1-3 positive Lymphknoten (niedriges Risiko*)	5	D	+/-
▪ T3 / T4	1a	A	++
▪ pT3 pN0 R0 (ohne zusätzliche Risikofaktoren)	2b	B	+/-
▪ R0-Resektion nicht erreichbar (bei invasiven Tumoren)	1a	A	++
▪ Bei jungen Patientinnen mit hohem Rückfallrisiko	2b	B	++
Die Indikationen zur PMRT und regionalen RT sind unabhängig von der adjuvanten systemischen Therapie	1a	A	
Inflammatorisches Karzinom: RT der Thoraxwand und der	2c	B	++

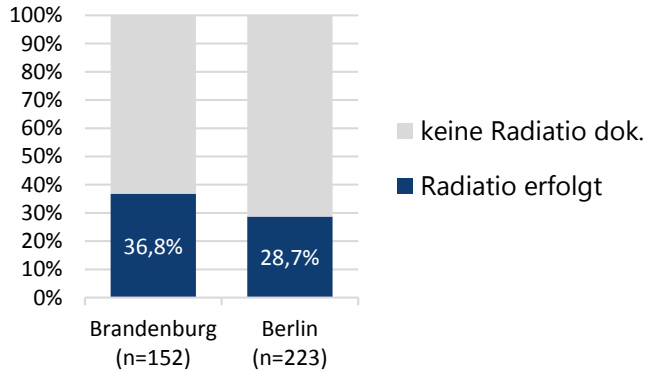
* **Lymphabflussregionen**

Zur Definition „niedriges Risiko“ siehe nächste Folie Indikation zur Brustwandbestrahlung (PMRT)

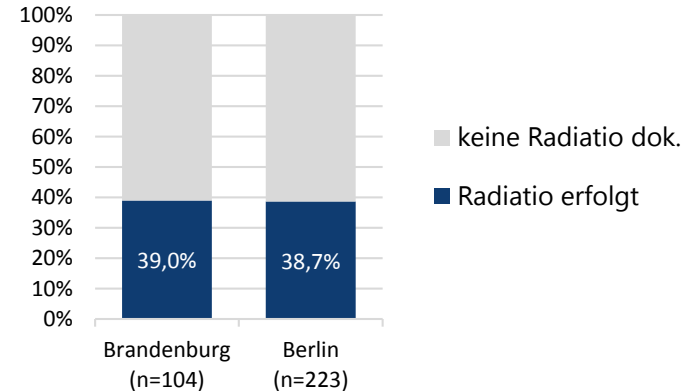
Bestrahlung Thoraxwand nach Mastektomie bei pT1-2, HR pos., HER-2 neg., 1-3 befallene LK



OP-Land Brandenburg, Diagnosejahre 2016-2021, n=275



OP-Land Berlin, Diagnosejahre 2016-2021, n=494



nach OP-Land, Diagnosejahre 2016-2018, n=375

Radiatio Thoraxwand, invasive Mammakarzinome mit Mastektomie, ohne M1, pT1-2, HR pos., HER-2 neg., 1-3 befallene LK

nach OP-Land, Diagnosejahre 2019-2021, n=273

Postmastektomie-Bestrahlung (PMRT)* der Thoraxwand – Indikation

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

Guidelines Breast
Version 2023.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ > 3 positive Lymphknoten	1a	A	++
▪ 1-3 positive Lymphknoten (hohes Risiko)	1a	A	+
▪ 1-3 positive Lymphknoten (niedriges Risiko*)	5	D	+/-
▪ T3 / T4	1a	A	++
▪ pT3 pN0 R0 (ohne zusätzliche Risikofaktoren)	2b	B	+/-
▪ R0-Resektion nicht erreichbar (bei invasiven Tumoren)	1a	A	++
▪ Bei jungen Patientinnen mit hohem Rückfallrisiko	2b	B	++
Die Indikationen zur PMRT und regionalen RT sind unabhängig von der adjuvanten systemischen Therapie	1a	A	
Inflammatorisches Karzinom: RT der Thoraxwand und der Lymphabflussregionen	2c	B	++

* Zur Definition „niedriges Risiko“ siehe nächste Folie Indikation zur Brustwandbestrahlung (PMRT)

Radiotherapy of the Chest Wall After Mastectomy (PMRT) in Case of 1-3 Axillary Lymph Node Metastases

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

Guidelines Breast
Version 2023.1D

www.ago-online.de

<p>PMRT can be omitted LoE 3b B AGO +</p>	<p>PMRT to be discussed LoE 3b B AGO +/-</p>	<p>PMRT recommended LoE 3b B AGO +</p>
<p>ER pos, G1, HER2 neg, pT1 (at least 3 criteria present)</p>	<p>Patients, who don't fulfill the mentioned criteria for high or low risk</p>	<p>≥ 45 y. AND > 25% pos. ax. Lnn in case of axillary dissection OR <45 y. AND (ER neg. OR >25% pos. ax. Lnn in case of axillary dissection OR medial tumor location)</p>
<p>Kyndi et al. 2009</p>		<p>Truong et al. 2005</p> <p>< 40 y. OR HER2 pos. OR lymphovascular invasion</p>
		<p>Shen H et al. 2015</p> <p>G3 OR lymphovascular invasion OR triple negative</p> <p>Different publications</p>

Comment: In case of an indication for radiotherapy of regional lymph nodes, radiotherapy of the chest wall should also be administered

Postmastektomie-Bestrahlung (PMRT) der Thoraxwand* – Fraktionierung

Oxford

LoE GR AGO

- | | | | |
|--|-----------|----------|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Moderat hypofraktionierte RT (Gesamtdosis ca. 40 Gy in ca. 15-16 Fraktionen in ca. 3 bis 5 Wochen) <ul style="list-style-type: none"> ■ Nach Brustrekonstruktion | 1a | A | ++ |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Ultra-hypofraktionierte RT (Gesamtdosis 26 Gy, d.h. 5 Fraktionen in einer Woche = 1 Fraktion/Tag bzw. 28,5 Gy, d.h. 5 Fraktionen in 5 Wochen = 1 Fraktion/Woche) | 1b | B | +/- |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Konventionell fraktionierte RT (Gesamtdosis ca. 50 Gy in ca. 25-28 Fraktionen in ca. 5-6 Wochen) | 1a | B | + |

* Zur Fraktionierung bei Bestrahlung der Lymphabflusswege siehe Folie „Fraktionierung der Radiotherapie lokoregionärer Lymphabflussregionen“.

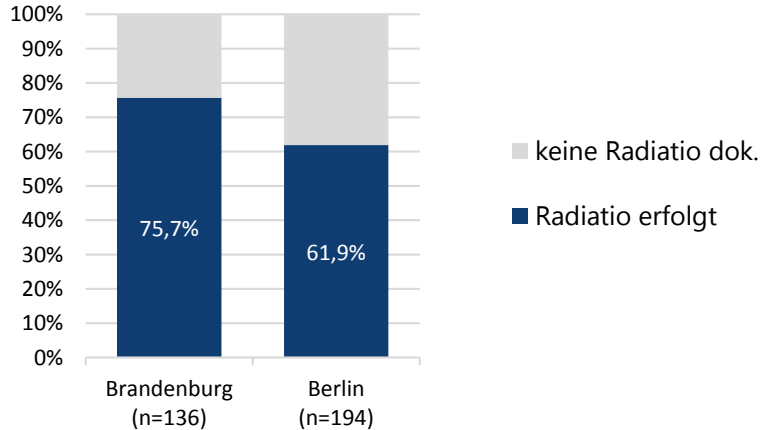
Randomized controlled trials of radiotherapy omission after breast-conserving surgery in early breast cancer

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

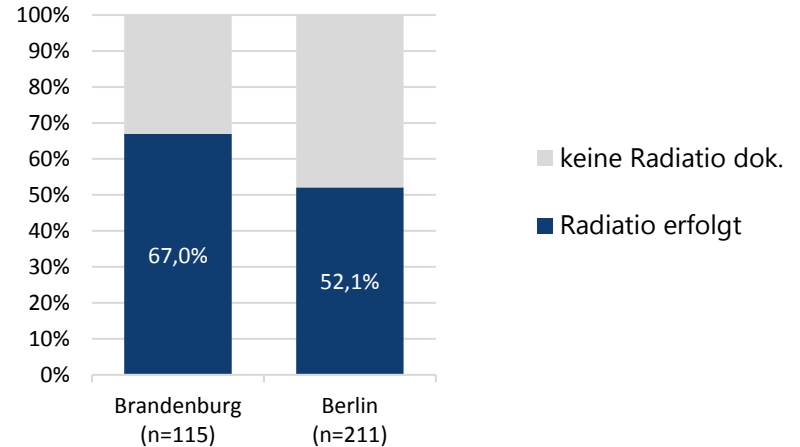
Guidelines Breast
Version 2023.1D

Trial	N	Time-frame	Inclusion criteria	Follow up	Local recurrence (no RT)	Local recurrence (RT)	Hazard ratio
Toronto-British Columbia	769	1992-2000	≥ 50 years, T1/2 N0 R0 (ink) 80% HR+	5 y 8 y	7.7% 17.6%	0.6% 3.5%	8.3
BASO-II	204	1992-2000	< 70 J., T1, G1 L0	5 y	0.8% p.a.	0.2% p.a.	7.34
CALGB 9343	636	1994-1999	≥ 70 years, T1 (98%) cN0 ER+ (97%), R0 (ink)	5 y 10 y	4% 8%	1% 2%	5.55
ABCSG-8A	831	1996-2004	Postmenopausal T ≤ 3 cm N0, G1/2, ER+ and/or PR+	5 y 10 y	5.1% 7.5%	0.4% 2.5%	10.2
PRIME II	1326	2003-2009	≥ 65 years, T ≤ 3 cm N0, ER+ and/or PR+, R0 (≥1 mm)	5 y 10 y	4.3% 9.8%	1.3% 0.9%	5.2

Bestrahlung Thoraxwand nach BET / Mastektomie bei pT1, G1, HR pos., HER-2 neg., Alter ≥ 70 Jahre, ohne M1



nach OP-Land, Diagnosejahre 2016-2018, n=330



nach OP-Land, Diagnosejahre 2019-2021, n=326

Radiatio Thoraxwand, invasive Mammakarzinome mit BET oder Mastektomie, ohne M1, pT1, G1, HR pos., HER-2 neg., Alter ≥ 70 Jahre

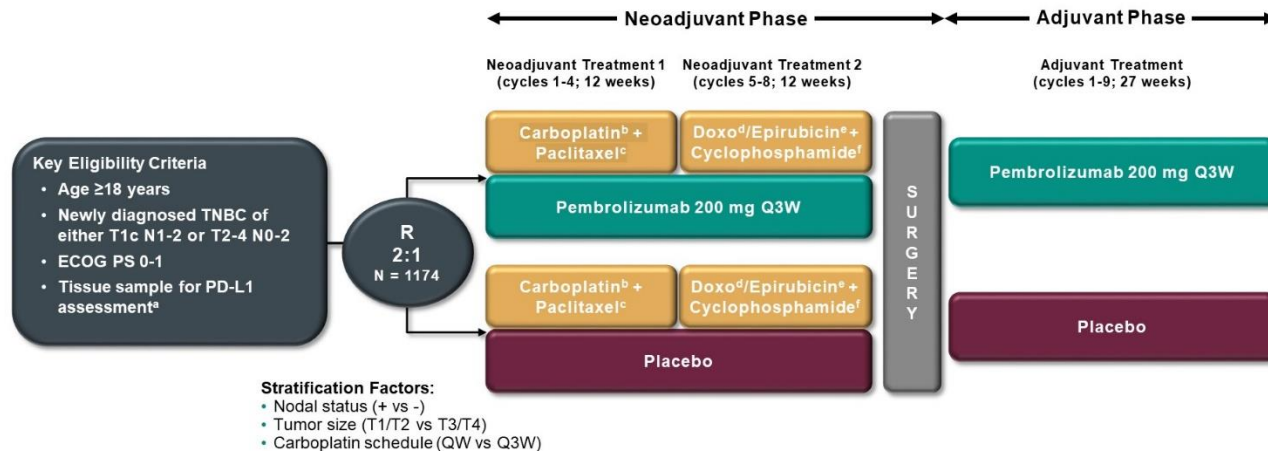
Fazit

1. Bitte bei der Indikation zur adjuvanten lokalen Strahlentherapie in jedem Tumorboard auf die Leitlinie achten. Mehr ist nicht immer besser
2. Der Verzicht auf die adjuvante Bestrahlung bei Patientinnen mit sehr niedrigem Risiko im Alter über 70 Jahre ist eine valide Option. Denn weniger kann manchmal auch besser sein

Event-free Survival with Pembrolizumab in Early Triple-Negative Breast Cancer

P. Schmid, J. Cortes, R. Dent, L. Pusztai, H. McArthur, S. Kümmel, J. Bergh, C. Denkert, Y.H. Park, R. Hui, N. Harbeck, M. Takahashi, M. Untch, P.A. Fasching, F. Cardoso, J. Andersen, D. Patt, M. Danso, M. Ferreira, M.-A. Mouret-Reynier, S.-A. Im, J.-H. Ahn, M. Gion, S. Baron-Hay, J.-F. Boileau, Y. Ding, K. Tryfonidis, G. Aktan, V. Karantza, and J. O'Shaughnessy, for the KEYNOTE-522 Investigators*

N Engl J Med 2022;386:556-67.
DOI: 10.1056/NEJMoa2112651

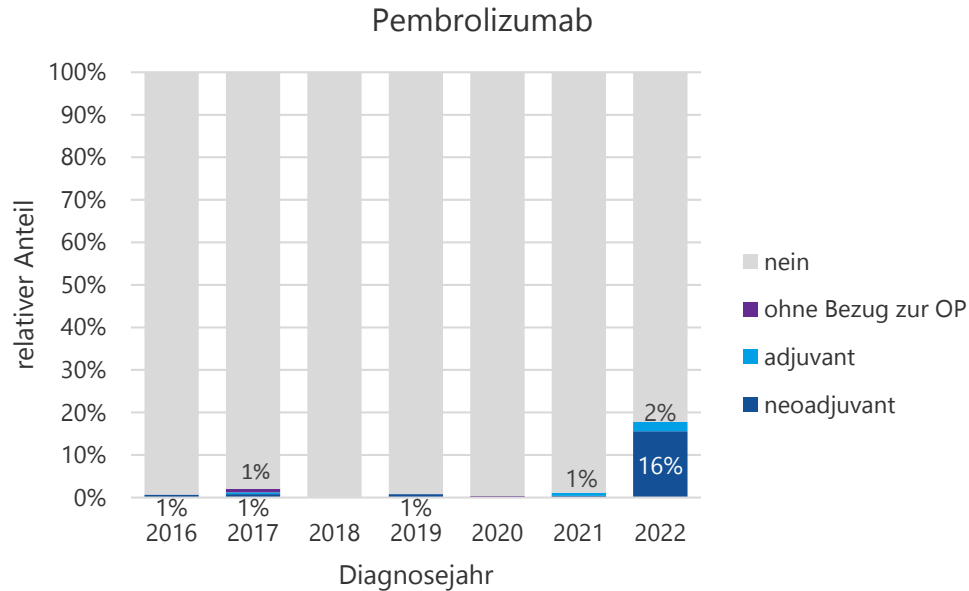


Neoadjuvant phase: starts from the first neoadjuvant treatment and ends after definitive surgery (post treatment included)

Adjuvant phase: starts from the first adjuvant treatment and includes radiation therapy as indicated (post treatment included)

^aMust consist of at least 2 separate tumor cores from the primary tumor. ^bCarboplatin dose was AUC 5 Q3W or AUC 1.5 QW. ^cPaclitaxel dose was 80 mg/m² QW. ^dDoxorubicin dose was 60 mg/m² Q3W. ^eEpirubicin dose was 90 mg/m² Q3W. ^fCyclophosphamide dose was 600 mg/m² Q3W.

Pembrolizumab bei triple-negativem C50, T2 oder N1



36 Fälle mit Pembrolizumab-Therapie in dieser Stichprobe (tnbc, T2 oder N1) bzw. 71 Fälle im gesamten Datensatz zu Mamma-Ca

Behandlungsjahr	Brustkrebsfälle insgesamt mit Pembrolizumab-Therapie
2016	1
2017	2
2018	1
2019	7
2020	1
2021	4
2022	48
2023	6

Zulassung Pembrolizumab im Herbst 2021

Pembrolizumab-Therapie im zeitlichen Verlauf, invasives triple-negatives Mammakarzinom, Frauen, T2 oder N1, ohne M1, Wohnort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2022 (n=1.561)

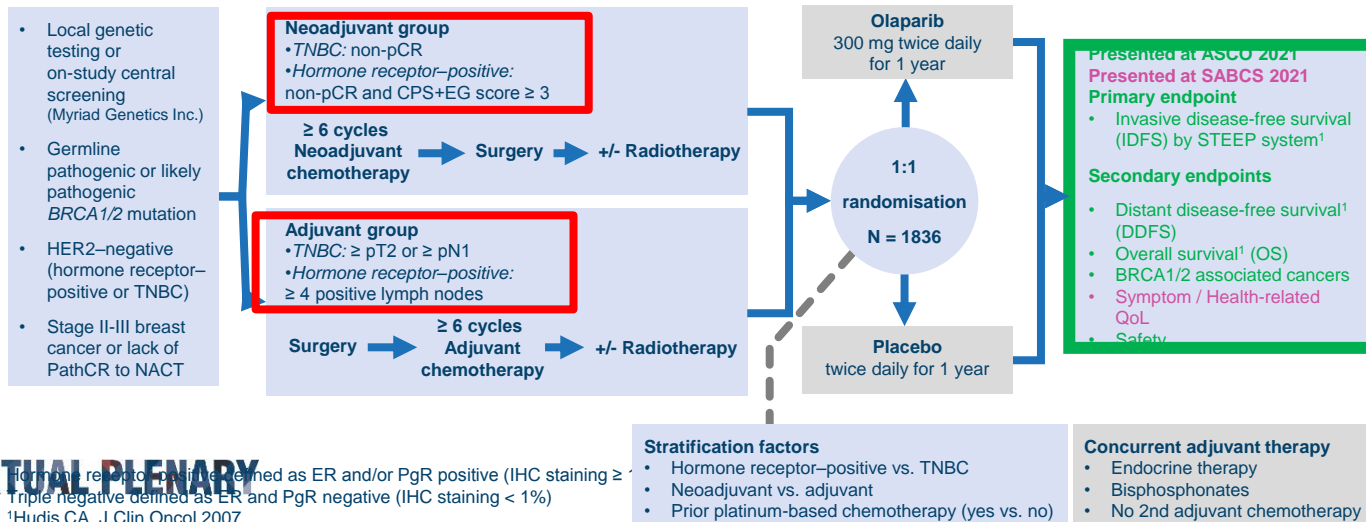
Datenstand im KKRBB: 12. 05. 2023

Adjuvant Olaparib for Patients with *BRCA1*- or *BRCA2*-Mutated Breast Cancer

A.N.J. Tutt, J.E. Garber, B. Kaufman, G. Viale, D. Fumagalli, P. Rastogi, R.D. Gelber, E. de Azambuja, A. Fielding, J. Balmaña, S.M. Domchek, K.A. Gelmon, S.J. Hollingsworth, L.A. Korde, B. Linderholm, H. Bandos, E. Senkus, J.M. Suga, Z. Shao, A.W. Pippas, Z. Nowecki, T. Huzarski, P.A. Ganz, P.C. Lucas, N. Baker, S. Loibl, R. McConnell, M. Piccart, R. Schmutzler, G.G. Steger, J.P. Costantino, A. Arahmani, N. Wolmark, E. McFadden, V. Karantza, S.R. Lakhani, G. Yothers, C. Campbell, and C.E. Geyer, Jr., for the OlympiA Clinical Trial Steering Committee and Investigators*

This article was published on June 3, 2021, at NEJM.org.

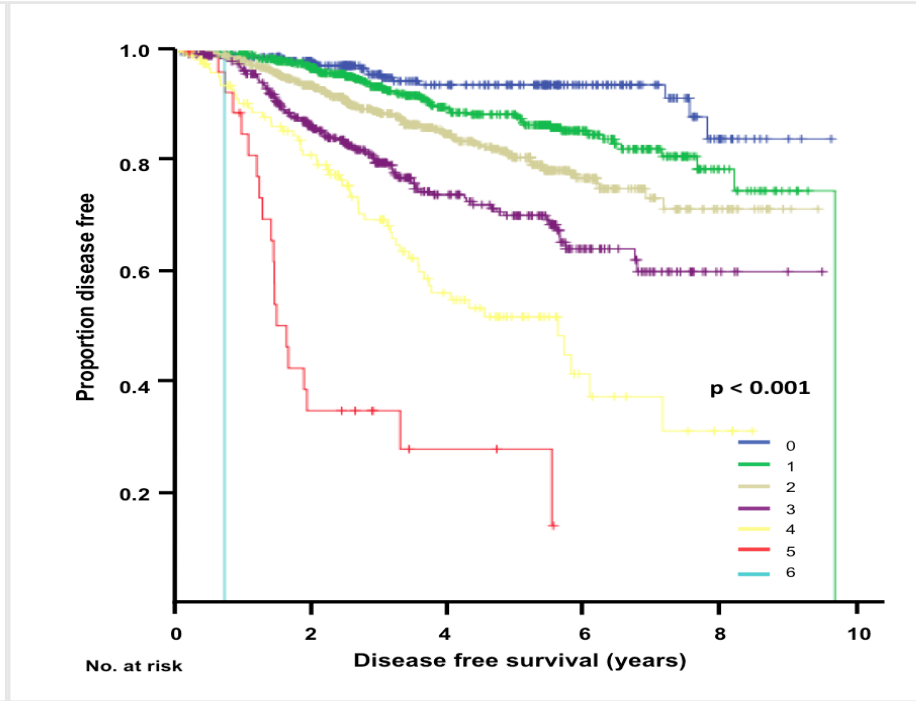
DOI: 10.1056/NEJMoa2105215



CPS+EG-Scoring system AGO B/ GBG meta-database (N=2454 HR+/HER2-)

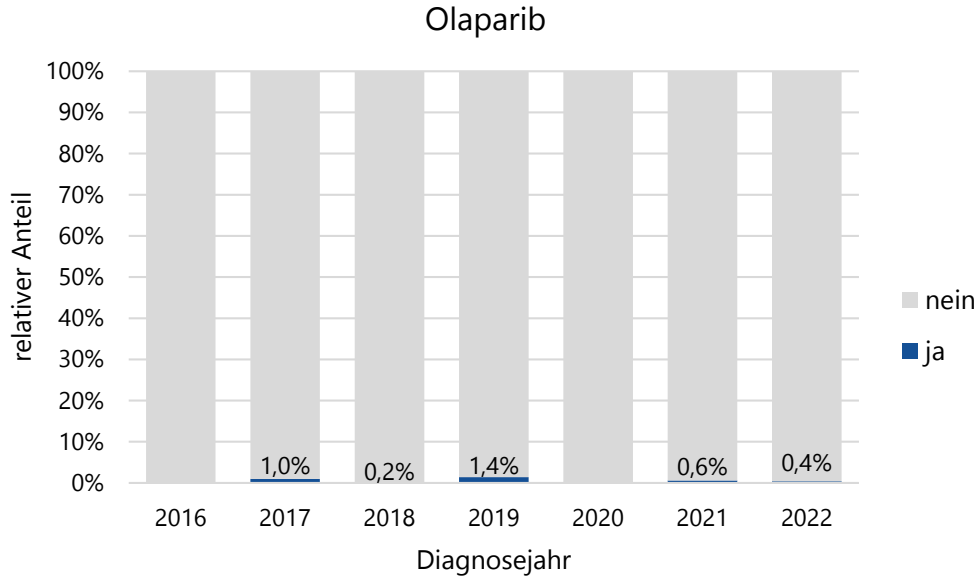
Point assignment for CPS+EG score

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	



Mittendorf EA, J Clin Oncol 2011;
Marmé F, et al. Eur J Cancer 2016

Olaparib bei triple-negativem C50 (inkl. M1)



**17 Fälle mit Olaparib-Therapie in dieser Stichprobe (tnbc alle)
bzw. 36 Fälle im gesamten Datensatz zu Mamma-Ca**

Behandlungsjahr	Brustkrebsfälle insgesamt mit Olaparib-Therapie
2017	3
2018	3
2019	9
2020	7
2021	8
2022	6

Olaparib-Therapie im zeitlichen Verlauf, invasives triple-negatives Mammakarzinom, Frauen, Wohnort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2016-2022 (n=3.092)

Datenstand im KKRBB: 12. 05. 2023

Fazit

1. Die BRCA Testung muss zur Routine gehören bei Patientinnen, die die Olympia Studien Kriterien erfüllen
2. Die Bestimmung des CPS EG gehört zum Standard im Tumorboard, um Patientinnen zu identifizieren, die nach der neoadjuvanten Therapie Olaparib benötigen
3. Ein einziger befallener, bzw "übersehener" oder nicht untersuchter LK kann die Therapie entscheidend ändern

