



NCCN®-Leitlinie zur Behandlung von Brustkrebs

Therapieempfehlungen bei Mammakarzinom

Das National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) gibt in ihren NCCN® Clinical Practice Guidelines 2024 Empfehlungen für die Behandlung von Patienten mit HR+/HER2-metastasierendem Brustkrebs.¹

NCCN® Clinical Practice Guidelines 2024 zur Therapie des metastasierten HR+/HER2- Brustkrebses^o

HER2-, postmenopausale oder prämenopausale Patienten, die eine Eierstockablation oder -suppression erhalten¹



- Bevorzugte Therapien[1]
- Andere Therapieempfehlungen[1]



Erstlinientherapie (1L)

Aromatase-Inhibitor (AI) + CDK4/6-Inhibitor (CDK4/6i)^b

- AI + Ribociclib (Kategorie 1)^c
- AI + Abemaciclib
- AI + Palbociclib

Fulvestrant^d + CDK4/6i^b

- Fulvestrant + Ribociclib (Kategorie 1)^e
- Fulvestrant + Abemaciclib (Kategorie 1)^e
- Fulvestrant + Palbociclib

Zweite (2L) und nachfolgende Therapielinien

- Fulvestrant + CDK4/6i (Abemaciclib, Palbociclib oder Ribociclib), wenn CDK4/6i zuvor nicht verwendet wurde (Kategorie 1)^{f,g}
- Für PIK3CA-mutierte Tumoren siehe zusätzliche zielgerichtete Therapieoptionen, siehe Abschnitt BINV-Q in der NCCN-Leitlinie^h
- Everolimus + endokrine Therapie (ET) (Exemestan, Fulvestrant, Tamoxifen)^{i,j}

Erstlinientherapie (1L) und nachfolgende Therapielinien

SERD

- Fulvestrant^k
- Für ESR1-mutierte Tumoren siehe Abschnitt BINV-Q in der NCCN-Leitlinie

SERD (Fulvestrant, Kategorie 1) + NSAI (Anastrozol, Letrozol) (Kategorie 1)^k

NSAI

- Anastrozol
- Letrozol

SERM

- Tamoxifen

Steroidaler Aromatase-Inaktivator

- Exemestan

Nützlich unter bestimmten Umständen¹

Therapien in der Folgelinie

- Megestrolacetat
- Estradiol
- Abemaciclib
- Zusätzliche zielgerichtete Therapieoptionen, siehe Abschnitt BINV-Q in der NCCN-Leitlinie

° Systemische Therapie für ER- und/oder PR-positive rezidivierende, nicht resektable (lokale oder regionale) Erkrankung oder im Stadium IV (M1)¹

Sofern nicht anders angegeben, gehören alle Empfehlungen zur Kategorie 2A. Die abgebildeten Informationen sind nur ein Auszug aus der umfangreichen NCCN®-Leitlinie.

NSAI = nicht-steroidaler Aromataseinhibitor; **SERD** = selektiver Estrogenrezeptor-Downregulator

a Bei Patientinnen, die einen AI erhalten und bei denen ein Osteoporoserisiko besteht (z. B. Alter > 65 Jahre, familiäre Vorbelastung, chronische Steroide), wird eine Baseline-Bewertung der Knochendichte empfohlen.

b Die Wahl des CDK4/6i ist umstritten, da es keine Head-to-Head-Vergleiche zwischen den Wirkstoffen gibt und sich die Studienpopulationen in den randomisierten Phase-3-Studien teilweise unterscheiden.

c In randomisierten, kontrollierten Phase-3-Studien hat Ribociclib in Kombination mit einer ET in der Erstlinienbehandlung einen Vorteil für das Gesamtüberleben gezeigt.

d Bei Fortschreiten der Erkrankung unter adjuvanter ET oder bei frühem Rezidiv innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten ET in Betracht ziehen.

e In randomisierten, kontrollierten Phase-3-Studien haben Fulvestrant + Ribociclib oder Abemaciclib in der Erstlinienbehandlung einen Vorteil für das Gesamtüberleben gezeigt.

f In randomisierten, kontrollierten Phase-3-Studien hat Fulvestrant in Kombination mit einem CDK4/6i (Abemaciclib, Palbociclib und Ribociclib) in der Zweitlinienbehandlung einen Vorteil für das Gesamtüberleben gezeigt.

g Wenn es zur Krankheitsprogression während der Behandlung mit Palbociclib kommt, gibt es begrenzte Phase-II-Daten, die den Einsatz von Ribociclib in der Zweitlinienbehandlung unterstützen.

h Kommt es während der Behandlung mit einem PI3K-Inhibitor zur Krankheitsprogression, gibt es begrenzte Daten, die eine weitere Therapielinie mit einem PI3K-Inhibitor-haltigen Regime unterstützen.

i Kommt es während der Behandlung mit einem Everolimus-haltigen Regime zur Krankheitsprogression, gibt es keine Daten, die eine weitere Therapielinie mit einem anderen Everolimus-Regime unterstützen.

j Eine Kombination von Exemestan mit Everolimus kann für Patientinnen in Betracht gezogen werden, die die Zulassungskriterien für BOLERO-2 erfüllen (Krankheitsprogression innerhalb von 12 Monaten oder Einnahme eines NSAI).

k Eine einzige Studie (S0226) bei Patientinnen mit HR+ Brustkrebs und ohne vorherige CT, biologische Therapie oder ET bei metastasierter Erkrankung zeigte, dass die zusätzliche Gabe von Fulvestrant zu Anastrozol zu einer Verlängerung der Zeit bis zur

Krankheitsprogression und des Gesamtüberlebens führte. Eine Subgruppenanalyse ergab, dass Patientinnen, die zuvor kein adjuvantes Tamoxifen erhalten hatten und bei denen die Diagnose mehr als 10 Jahre zurücklag, den grössten Nutzen hatten. Zwei Studien mit ähnlichem Design (FACT und SOFEA) zeigten keinen Vorteil in Bezug auf die Zeit bis zur Krankheitsprogression durch den Zusatz von Fulvestrant zu Anastrozol.

! Indiziert nach Fortschreiten einer vorangegangenen ET und einer vorangegangenen CT im metastasierten Stadium.

Referenzen

1. NCCN National Comprehensive Cancer Network®. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Breast Cancer, Version 4.2023 (März 2023). Verfügbar unter: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf. Zuletzt eingesehen: Juni 2023.

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ch-de/brustkrebs-im-fruehstadium/therapieoptionen/nccnr-leitlinie-zur-behandlung-von-brustkrebs>