

## **SABCS 2009: Eine Zusammenfassung angelehnt an die Breast Cancer Action-Berichterstattung aus dem Dezember 2009**

*bericht von Gudrun Kemper*

### **Teil I: San Antonio, wir kommen: Die Kälte, die Mammographie und die Kosten**

*Die Geschäftsführerin von Breast Cancer Action, Barbara Brenner, und Vorstandsmitglied Jane Zones sind in diesem Jahr auf dem 32. San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) 2009 vor Ort und berichten für Breast Cancer Action. So nutzen wir auch in diesem Jahr mangels eigener Ressourcen um ein weiteres Mal die Arbeit von Breast Cancer Action und importieren Informationen für uns.*

*Der erste Beitrag von Barbara Brenners Ankunft heißt: „San Antonio, wir kommen: Die Kälte, die Mammographie und die Kosten“. Das Wetter ist ungewöhnlich kalt für San Antonio, schreibt sie, aber die Mammographie sorgt vor dem Hintergrund der neuen amerikanischen Screening-Empfehlungen (wie berichtet) für „heiße Diskussionen“. Barbara Brenner ist gerade aus Indien zurückgekehrt, wo Brustkrebs in gewisser Weise zu den vergleichsweise kleinsten Problemen gehöre, vor denen dieses Land gerade steht, aber die Screening-Leitlinien-Diskussion hat sogar die indischen Medien erreicht.*

*Neben der ungewöhnlichen Kälte seien in diesem Jahr auch ungewöhnlich wenig Besucher vor Ort beim SABCS, während die Diskussionen zu Meinungsverschiedenheiten beim Screening ungewöhnlich offen wären. Barbara Brenner schreibt, dass sie hofft, dass rationale Diskussionen helfen, aus dem Mammographie-Schlamassel wieder herauszukommen, auch wenn sie das alles nicht so spannend findet, dass sie den Atem anhält. Das vollständige Programm (Download kostenlos) liegt diesmal nicht in der „Kongresstasche“ und kostet in der gedruckten Version US \$ 50, das ist neu. Patientinnenvertreterinnen („Anwälte der Patientinnen“, in der deutschen Sprache gibt so ein schönes Wort nicht) sind „zuzahlungsbefreit“. Wir warten gespannt auf weitere Neuigkeiten.*

*Barbara Brenners und Jane Zones' Berichte werden täglich veröffentlicht, und mit kleiner Verzögerung werden wir das tun, was Barbara empfiehlt: Die Breast Cancer Action-Berichte mit Interesse lesen – oder kürzer gesagt: Enjoy!*

## Teil II: Brustkrebs, Herceptin, Tykerb, Treffen mit Genentech und Berichte vom Rande ...

Über Barbara Brenners Bericht vom San Antonio Breast Cancer Symposium zum Samstag, 12.12.2009

### Am Rande und vorweg

Was Barbara Brenner berichtet, klingt irgendwie ein wenig wie bereits in den vergangenen Jahren: So wenig, wie die Sprache der Medizin sich verändert hat (auch hier kennen wir diese Sprache, die z.B. Probandinnen rekrutiert, versorgt etc.), so wenig gibt es auch im Jahr 2009 bahnbrechende Neuigkeiten zu Brustkrebs, auch nicht auf dem bedeutendsten Kongress zu Brustkrebs weltweit, dem San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS, <http://www.sabcs.org/>).

Google bringt für den Begriff SABCS rund eine halbe Million Treffer, für SABCS 2009 sind es bereits knapp 40.000. Findet sich dort mehr Heilsameres als bei der EBCC 6, der europäischen kleineren Variante dieser Veranstaltung, die im April 2008 in Berlin stattgefunden hat? Wir gehen – wie bereits in den Vorjahren – dankbar mit den unabhängigen, engagierten Spezialistinnen von Breast Cancer Action auf die Suche in den Zusammenfassungen, die Breast Cancer Action dazu anbietet, s. <http://bcaction.org/index.php?page=conference-coverage>

Es sollte eigentlich stets selbstverständlich sein, dass die Abstracts so hochrangiger Kongresse bei den vorgestellten Studienergebnissen immer die internationalen Standardnummern der klinischen Studien angeben. Leider enthalten die Abstracts des SABCS 2009 diese Nummern (ISRCTN) wieder nicht, obwohl sie ein Zuordnen und Nachverfolgen der Ergebnisse der Studien, an denen sich Frauen mit Brustkrebs beteiligen, auch längerfristig erleichtern würden. Ob hier bei allem Aufwand für diese Art von Kongressen etwa an der falschen Stelle gespart wird? Oder werden Verbesserungen bei der längerfristigen Beobachtung von Forschungsergebnissen etwa absichtlich erschwert? Bemängeln muss man übrigens auch, dass die Kongressergebnisse des SABCS nur für sehr wenige Jahre rückwärts noch auf der Webseite der Veranstaltung zu recherchieren sind. Dies erhöht die Intransparenz oder lässt darauf schließen, dass die Inhalte in gewisser Weise „Verbrauchsmaterial“ sind.

## “Glaub den Nachrichten nicht ...” (Herceptin und Tykerb)

Unter der Überschrift „Herceptin und Tykerb für metastasierten Brustkrebs – Glaub den Nachrichten nicht“ (Don't believe the News Reports) gibt es Infos über eine Analyse zum Überleben der Patientinnen unter diesen Medikamenten, s. dazu Abstract 61 vom SABCS 2009: Updated Survival Analysis of a Randomized Study of Lapatinib Alone or in Combination with Trastuzumab in Women with HER2-Positive Metastatic Breast Cancer Progressing on Trastuzumab Therapy. Die Pressemeldung zu dieser Präsentation („Neue Medikamentenkombination verbessert Brustkrebsüberleben“) versprach mehr, als sie halten konnte. Die Referentin Kim Blackwell (wer die englische Sprache gut versteht, kann sie auch als Video aktuell vom SABCS 2009 auf der Webseite der amerikanischen Krebsforschungsvereinigung AACR bei youtube genau zu diesem Vortrag ansehen und anhören) habe eine lange Liste von finanziellen Interessenkonflikten offengelegt. Die Studie verglich „intensiv vorbehandelte“ Patientinnen, die Tykerb (Lapatinib) oder eine Kombination mit diesem Stoff plus Herceptin erhalten haben. Frauen, die nur Lapatinib erhalten hatten, durften bei einem Fortschreiten der Krankheit in den Arm der Studie überwechseln, die beide Medikamente erhielten, was 52% der Patientinnen auch gemacht haben. Die Studie hat einen „statistisch signifikanten Vorteil für die kombinierte Therapie“ gezeigt, entsprechend 26% = Überlebensvorteil 4,5 Monate durchschnittlich. Weitere Faktoren wie z.B. Art der Metastasierung, Gesundheitszustand der Patientin etc. haben diese Überlebenszeit ebenfalls beeinflusst. Nach Blackwell schmilzt der immer noch „signifikante Vorteil“ jedoch noch weiter zusammen, wenn man diese Faktoren genauer justiert, wenn also die Patientinnengruppen noch ähnlicher sind, während die Nebenwirkungen bei Kombination der Medikamente zunehmen. Die Referentin habe am Ende ihrer Präsentation darauf verwiesen, dass die ALTTO Studie die Kombination von Tykerb und Herceptin in einem früheren Erkrankungsstadium untersucht. Außerdem habe sie von neuen Maßeinheiten für die Wirksamkeit der Therapien berichtet, die sogenannte „clinical benefit rate“, die sie als eine Kombination von komplettem Ansprechen, teilweisem Ansprechen und stabilem Krankheitszustand beschrieb. Diese neuen Endwerte ordnet Barbara Brenner in den Kontext der Medikamentenzulassung bei der FDA ein, die zurzeit sogenannte Surrogatmarker – Ersatzmaßeinheiten – für den klinischen Vorteil akzeptiert.

Die Grenzen zwischen subjektiven und objektiven Vorteilen von Medikamenten können bei diesem

Vorgehen leicht verschwimmen. Es dürfte klar sein, dass Frauen mit Brustkrebs, die sich einer Therapie unterziehen, tatsächlich länger leben wollen, anstatt lediglich ein „Ansprachen“, „beschränktes Ansprechen“ bzw. eine Phase der „stabilen Erkrankung“ durch nebenwirkungsreiche Therapien zu erfahren, die schlussendlich das Überleben eben nicht verlängern.

Kathleen Prichard aus Kanada hat ebenfalls eine Präsentation zu Tykerb vorgetragen. Nach ihrem Beitrag habe Tykerb den Patientinnen nichts gebracht, während die fortgesetzte Gabe von Tamoxifen hilfreich sei. Kim Blackwell habe das als richtige Aussage bestätigt und Barbara Brenner kommentiert, dass das, was in der Presse als aufregender Durchbruch beschrieben werde, alles andere sei als das, während sich die Kosten für Tykerb in den USA auf über 40.000 US-Dollar pro Patientin belaufen. Könnte es sein, dass derartig hohe Kosten für wenig effektive Medikamente etwas damit zu tun haben, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen für viele Menschen in den USA, die nicht in der Lage sind, die Kosten für teure private Versicherungspolice aufzubringen, nach wie vor so prekär ist? Die Gefahr besteht übrigens auch bei uns, denn es hat Gründe, wenn wichtige medizinische Leistungen wie das Gespräch mit unseren ÄrztInnen immer mehr aus der Reichweite verschwinden.

## Genentech-Treffen

Mehr über Genentech s.a. [Wikipedia](#).

Beim Treffen mit Genentech (die Firma ist seit März 2009 wieder vollständig im Besitz von Roche) habe sich Sandra Horning als neue Chefin für den Bereich der klinischen Forschung und Entwicklung im Bereich Hämatologie / Onkologie vorgestellt, berichtet Barbara Brenner. Sie habe erzählt, dass sie selbst Brustkrebs-Überlebende sei.

Der Leiter der Diagnostika-Gruppe Robert Schuere habe von der Suche des Unternehmens nach Biomarkern berichtet.

Julie Hambleton, die beim Produkt Avastin mitarbeite, habe von den Aktivitäten der Firma bei der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA berichtet, bei denen es um die Ausweitung des Gebrauchs von Avastin bei Brustkrebs gehe. Sie habe erwähnt, dass es keine Studien gäbe, die Überlebensvorteile beim metastasierten Brustkrebs unter Avastin zeigen konnten, und verwies auf das „progressionsfreie Überleben“ und dass es keine Beeinträchtigungen beim Überleben gäbe (!) („no detriment to survival“, detriment = dt. Nachteil, Beeinträchtigung, Schaden, Schadenserwartungswert). Außerdem

habe Hambleton darauf hingewiesen, dass die rigoroseren Studien zu diesem Medikament weniger in Bezug auf das „progressionsfreie Überleben“ gebracht habe als in der Studie, die in den USA zur beschleunigten Zulassung geführt hat, was man bedauerlicherweise in anderen Worten vielleicht zusammenfassen könnte mit „mehr Avastin bringt noch weniger“. Wir verweisen auch auf unsere [Berichterstattung zu Avastin](#) vom 7. Juni 2008. Julie Hambleton habe überdies insistiert, dass alle bei Genentech Medikamente wollten, die das Überleben tatsächlich verlängerten und die Überlebensqualität verbesserten, doch man halte an der Zulassung von Medikamenten auch auf Basis des sogenannten „progressionsfreien Überlebens“ (= keine Änderung der Überlebenszeit) fest, da man die Auffassung vertrete, dass Patientinnen die Wahl haben sollten.

Mit anderen Worten: Mit oder ohne Medikamente, in Sachen Überleben läuft es auf das Gleiche hinaus, wenn da nicht noch die Kosten für die Medikamente wären.

## Am Rande ...

Dennis Slamon habe bei einer Präsentation angemerkt, dass die Liste der Offenlegung der finanziellen Verbindungen der Forscher, die an einer Studie gearbeitet haben, so lang wäre, dass sie bereits die gesamte Zeit, die für die Präsentation verfügbar wäre, verbrauche. Er habe aber nicht gesagt, dass es praktisch unmöglich ist, ÄrztInnen und ForscherInnen zu finden, die keine finanziellen Interessenkonflikte hätten. Eine einsame Ausnahme sei aber [Stefanie Jeffrey](#), eine Chirurgin und Wissenschaftlerin an der Stanford Universität, die grundsätzlich keine Finanzierung vor dem Hintergrund von geschäftlichen Interessenkonflikten akzeptiere. Der Geburtstagstorte auf ihrer Webseite sieht man irgendwie an, dass sie an Genexpressionsprofilen forscht.

Außerdem habe Komen nun den kleinen Zeh in die Frage der Verursachung von Brustkrebs durch Umweltverschmutzung gesteckt. In diesem Zusammenhang sei eine Spende an das [Institute of Medicine \(IOM\)](#), um einen Bericht zur Evidenz zu erstellen. Zuvor hatte Komen das Silent Spring Institute (s. Literatur zu Brustkrebs und Umwelt, Literaturhinweis unten zu Rachel Carsons Buch „Der stumme Frühling“, Silent Spring) gefördert, das die Ergebnisse seiner Arbeit in der Zeitschrift „Cancer“ [pdf zum Volltext] bereits 2007 veröffentlicht hat.

### Teil III: Tamoxifen, Avastin und mehr

Über Barbara Brenners Bericht vom San Antonio Breast Cancer Symposium zum Freitag, 11.12.2009

Einleitend hält Barbara Brenner fest, dass sie die Beiträge zu den molekularen Grundlagen überspringt, sie wären nur interessant für Ärzte und die Medikamentenentwicklung, aber bedeutungslos für Patientinnen. Außerdem entschied sie sich vor dem Hintergrund der Zulassungskriterien der Arzneimittelbehörde FDA, nur Vorträge zu Phase-III-Studien zu besuchen.

#### Tamoxifen

So saß sie in einer Präsentation zu Tamoxifen, dem Medikament, das seit über 30 Jahren bei Brustkrebs eingesetzt wird. Eigentlich müsste man hierüber alles wissen, aber dem sei nicht so, erklärt sie. Bei der Untersuchung ging es um Langzeitresultate bei Frauen, die eine Brustkrebsvorstufe – sog. „DCIS“ (Ductales Carcinoma in situ) – hatten, was chirurgisch entfernt worden war. Die Präsentation von Jack Cuzick ist im [Abstract 34](#) zusammengefasst. Verglichen wurden Patientinnen, die zusätzlich zur Operation

- nur eine Strahlentherapie,
- nur Tamoxifen
- oder beides

erhalten hatten. Die Strahlentherapie konnte Rezidive in der betroffenen Brust um 60% reduzieren, Tamoxifen zeigte bei der Langzeitbeobachtung eine Reduktion von Rezidiven, meistens in der anderen, nicht betroffenen Brust. Cuzick habe mehrfach betont, dass die lange Beobachtungszeit beim DCIS sehr wichtig sei, da das Risiko, an einem DCIS zu versterben, sehr gering sei. Der Effekt von Tamoxifen sei bei geringgradig und mittelgradig veränderten Zellen besser gewesen als bei den hochgradig veränderten („high grade“ DCIS) und die fortlaufende Untersuchung solle zeigen, welche Patientinnen den größten Vorteil von den Therapien haben könnten. In Bezug auf das Überleben gab es in den drei Studienarmen keine Unterschiede. Allerdings habe diese Untersuchung einen Schwachpunkt. Eine nennenswerte Gruppe von Patientinnen hatte nach der Therapie keine tumorfreien Schnittränder, was die Untersuchungsergebnisse möglicherweise durcheinander bringt, da eben tumorfreie Schnittränder für die Patientin bedeuten könnten, dass sie weniger Therapien braucht. Zur Übertherapie dieser Erkrankung, die auch in Deutschland und gerade im Zusammenhang mit dem Mammographie-Screening diskutiert wird, hat Jack Cuzick

festgestellt, dass es unglücklicherweise Überbehandlung beim DCIS gibt.

#### Avastin

Barbara Brenner schreibt, wie bereits aus anderen Berichten zu Avastin (Bevacizumab) hier bekannt: Es konnten keine Überlebenszeitvorteile durch das Medikament nachgewiesen werden (AVADO-Studie, [Abstract 41](#), und RIBBON 2-Studie, [Abstract 42](#)), in der letzten der beiden Studien gab es jedoch mehr Nebenwirkungen unter Avastin. Im [Abstract 43](#) – bzw. dem entsprechenden Vortrag auf dem Kongress – ging es außerdem um die Gabe von Avastin vor einer Operation („neoadjuvant“ oder auch „präoperativ“ genannt). Die Daten legen nahe, dass es nach der Gabe von Avastin problematisch sein kann, Eigengewebe oder Implantate nach der OP für plastische Operationen einzusetzen. Komplikationen wie Wundkomplikationen und Wundheilungsstörungen, die die Explantation der Implantate notwendig machten, zeigten sich bei 43% der Patientinnen, genauere Daten s. [Abstract 43](#).

Die hier genannten Studien wurden von Pharmafirmen finanziert, was auch bei anderen Studien zu peniblen Rückfragen führte. So musste sich einer der Vortragenden öffentlich schelten lassen, da er die Finanzierung einer Studie zu Sunitinib durch Pfizer nicht genannt hatte.

#### Am Rande ...

... berichtete Barbara Brenner weiter:

- Die gesetzlichen Krankenkassen in Italien würden Medikamentenkosten nicht mehr übernehmen, wenn nicht wenigstens belegt sei, dass sie das Leben der Patientinnen um mindestens drei Monate verlängern könnten.
- Das National Comprehensive Cancer Network (NCCN) überprüfe die Preise für neue Krebsmedikamente.
- In Japan und Indien seien die Chirurgen zugleich auch die Onkologen, allein onkologisch tätige Ärzte gäbe es nicht.
- Die Susan G. Komen for the Cure Foundation gab in diesem Jahr keines ihrer üblichen alljährlichen Dinner zur Verleihung ihrer Wissenschaftspreise. Es gab lediglich einen Empfang. Breast Cancer Action war nicht eingeladen.
- Die Leitung der Komen-Stiftung glaubt nicht, dass es die Überbehandlung von Brustkrebs gibt.

## Teil IV: Brustkrebs: Vom Schnittrand zum Bisphosphonat und zum Alkoholkonsum

*Über die Berichte von Jane Zones vom Breast Cancer Action-Vorstand, San Antonio Breast Cancer Symposium 2009, Donnerstag 10.12.2009*

Brustkrebs-Chirurgie: Entwicklung einer neuen Technologie zur Vermeidung von Nachoperationen Frauen aus fünf verschiedenen Brustkrebs-Organisationen – Breast Cancer Action, Share (New York), Sisters Network und Breast Cancer Support Network (die Organisation hieß früher Y-Me) nahmen am ersten Kongresstag an einer Einführungsveranstaltung von [Dune Medical Devices](#) teil, bei der es darum ging, Krebs in Gewebe, das bei einer Brust erhaltenden Operation (Lumpektomie) entfernt worden ist, an den Schnitträndern nachzuweisen. Nach Schätzungen sind es bis zu 30% der Lumpektomien, bei denen in der Pathologie später noch Krebszellen nah an bzw. in den Schnitträndern gefunden werden und eine Nachoperation erforderlich machten. „MarginProbe“ von Dune ist ein Hilfsmittel, das ChirurgInnen nutzen können, um während der Operation die Schnittränder auf Krebszellen hin zu untersuchen und so das Risiko für Nachoperationen zu senken. Bei diesem Verfahren wird das bereits entfernte Gewebe mit einem elektromagnetischen Verfahren, bei dem Radiofrequenzsignale ausgesendet werden, von allen Seiten überprüft, indem die Signale von krebsfreiem und kanzerösem Gewebe verglichen werden.

Das Verfahren wurde experimentell bereits bei einer Gruppe von 300 Patientinnen aus Israel, die randomisiert wurden, eingesetzt, mit dem Ergebnis, dass die Nachoperationsrate um mehr als die Hälfte gesenkt werden konnte (auf 5,6% im Vergleich zu der Gruppe, bei der das neue Verfahren nicht eingesetzt wurde, wo die Nachoperationsrate bei 12,7% lag). Das „kosmetische Ergebnis“ sei in beiden Gruppen gleich gewesen. Auch die amerikanische Studie sei fast abgeschlossen und eine FDA-Zulassung solle beantragt werden, was sich jedoch noch länger hinziehen könne.

Zwei Tage später, am Samstag, gab es zu diesem Themenkomplex noch den Vortrag „Minimizing Local Control – Was ist bewiesen und was nicht?“ von [Dr. Monica Marrow](#) aus dem [Memorial Sloan-Kettering Cancer Center](#). Die Folien sind auf der Kongresswebseite online, lassen sich aber nicht direkt verlinken und sind etwas mühsam zu recherchieren. Marrow habe betont, dass es wenig Evidenz für die Erfordernis von mehr als einem Millimeter Abstand zum gesunden Brustgewebe gäbe, und die Bedeutung des Tests so wieder in Frage

gestellt, da es für das Überleben der Patientinnen keinen Unterschied mache. Jane Zones schreibt dazu, dass, wenn Dr. Monica Marrow Recht habe, „Dune“ mit seinem Test möglicherweise auf dem falschen Dampfer sei.

## Bisphosphonate und Brustkrebsentstehung (Women's Health Initiative)

[Rowan Chlebowski](#) von der UCLA (Universität von Kalifornien, Los Angeles) trug Analysen aus Studien der [Women's Health Initiative \(WHI\)](#) vor, die gezeigt hätten, dass die Einnahme von Bisphosphonaten das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, gesenkt habe. Bei dieser WHI-Studie war früher beispielsweise bereits anhand von mehreren 10.000 Frauen das erhöhte Risiko durch die Hormonersatztherapie herausgefunden worden. 2.216 der insgesamt über 150.000 Studienteilnehmerinnen hatten Bisphosphonate in Tablettenform eingenommen, meistens Fosamax. Das Risiko sei statistisch signifikant gesenkt worden, relative Zahlen nennt der Bericht von Jane Zones allerdings nicht, man vermute jedoch einen Brustkrebs hemmenden Effekt durch die Tabletteneinnahme.

Brustkrebsprävention ist keine Tablette, entsprechend haben die WissenschaftlerInnen auch Frauen nicht aufgefordert, Bisphosphonate zur Brustkrebsreduktion einzunehmen. In einer weiteren israelischen Studie habe sich derselbe Effekt bei einer anderen Untersuchung gezeigt, aber auch hier werden weder relative Zahlen noch Dauer der Einnahme bzw. Nebenwirkungen – zumindest nicht in Janes Bericht – benannt. Jane Zones weist in ihrem Bericht weiter darauf hin, dass bekannt ist, dass eine höhere Östrogenexposition während des Lebens mit einem höheren Brustkrebsrisiko verknüpft sei, trotz einer besseren Knochendichte, und auch darauf, dass Bisphosphonate Osteonekrosen des Kiefers (ein Absterben des Kieferknochens, „bone death“) auslösen können, s.dazu auch Informationen des [arznei-telegramms bei uns im infoblog!](#). Und wieder der Hinweis: Auch dieser Referent (Rowan Chlebowski) sei Berater für fünf verschiedene Pharmakonzerne, nicht aber für Merck (den Fosamax-Hersteller), wie Jane Zones hinzufügt.

## Alkoholkonsum und Brustkrebsüberleben

Es gibt bereits „ein bisschen Evidenz“ („a bit of evidence“), dass Alkoholkonsum das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erhöht, jedoch gäbe es bisher wenig Forschung zu den Auswirkungen von Alkoholkonsum bei Frauen, die bereits an Brustkrebs erkrankt seien.

In einer Befragung wurden Patientinnen zu ihren Trinkgewohnheiten und ihrem Gesundheitszustand befragt. Es stellte sich heraus, dass diejenigen Frauen, die mehr als 6 Gramm Alkohol täglich zu sich nehmen, bereits ein um 30% erhöhtes Risiko für ein Brustkrebsrezidiv haben.

Alkoholgehalt verschiedener Getränke:

- 0,33 Liter Bier: 13 Gramm Alkohol
- 0,2 Liter Wein: 16 Gramm Alkohol
- 0,1 Liter Sherry: 16 Gramm Alkohol
- 0,02 Liter Likör: 5 Gramm Alkohol
- 0,02 Liter Whiskey: 7 Gramm Alkohol

Mit anderen Worten: Bereits ein halbes Glas Wein pro Tag führt zu einer erheblichen Erhöhung des Rezidivrisikos für Frauen mit Brustkrebs. Bei noch höherem Alkoholkonsum steigt das Risiko, an der Brustkrebserkrankung zu versterben, nochmals deutlich an. In der Gruppe der befragten Frauen gab rund die Hälfte an, keinen Alkohol zu trinken, und bei denjenigen, die Alkohol konsumierten, ordnete sich wiederum die Hälfte der Frauen derjenigen Gruppe zu, die mehr tranken. Bei denjenigen Patientinnen, die weniger als 6 Gramm Alkohol zu sich nahmen, ließ sich keine Risikosteigerung nachweisen. Bei den übrigen Patientinnen stieg das Rückfallrisiko mit der Dosis. Am stärksten waren postmenopausale Frauen Hormonrezeptor negative Frauen betroffen. Das Ergebnis erstaunt insofern, da es die Theorie gibt, dass Alkohol das Brustkrebsrisiko deswegen steigert, weil er in der Leber in Östrogene umgewandelt wird. Das würde eigentlich eher ein Problem für Östrogenrezeptor positive Frauen vermuten lassen. Die Empfehlung der Wissenschaftler war jedoch eindeutig: Frauen mit Brustkrebs sollten ihren Alkoholkonsum einschränken. Wir können also selbst etwas tun: Alkohol vermeiden.

#### Teil V: Prävention, Aromatasehemmer und mehr vom Rande (letzter Teil)

#### BIG Board

Der Teil „Suche nach einer maßgeschneiderten Therapie“ ([The Search for Tailored Treatment](#)) von Jane Zones befasst sich vorwiegend mit der „McGuire-Lecture“ und dem Beitrag der europäischen – genauer gesagt belgischen – Ärztin und Medizinprofessorin [Martine Piccart](#) und beschreibt u.a., dass Piccart für 16 unterschiedliche globale Pharmakonzerne arbeitet, wie sie selbst in der Offenlegung ihrer Interessenkonflikte entsprechend angibt, genauer s. Vortragsfolien. Martine Piccart bekleidet bei den onkologischen Organisationen außerdem eine Reihe weiterer Funktionen. In ihrer Präsentation,

die auf der Kongress-Webseite angeschaut werden kann, stellt Piccart sich selbst, umgeben vom Zirkel der ForscherInnen/MitarbeiterInnen aus den „BIG-Gruppen“, die sie selbst ins Leben gerufen hat, sozusagen im Herz bzw. als Kopf des „BIG Board“ dar. In ihrer stark personalisierten Präsentation (Titel „International Breast Cancer Research: Launching an Expedition to the Moon“ – Die internationale Brustkrebsforschung: Aufbruch einer Expedition zum Mond) habe sie zu massiven Investitionen in neueste Entwicklungen aufgerufen, und es werden viele Fotografien unterschiedlicher WissenschaftlerInnen gezeigt, die fast nahtlos zur eigenen Familie überfließen und auch Martine Piccart als kleines Kind zeigen. Bei den [AACR-Interviews](#) (s. Episode 17) ist Martine Piccart ebenfalls mit einem Video-Interview zu sehen. Sie spricht dort u.a. von der Brustkrebserkrankung ihrer Mutter und erklärt, dass ihrer Auffassung nach die in der letzten Dekade aufgebaute enge Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Industrie (an der sie im europäischen Rahmen intensiv mitgewirkt hat bzw. eine Spitzenposition einnimmt) die Interessen der Patienten am besten schütze. Wer Interesse hat, sich näher damit zu befassen, kann die von Piccart dargelegte Vision bzw. Realität einer grenzenlosen – oder eher entgrenzten? – Zusammenarbeit von Wissenschaft und Pharmaindustrie auf der [Kongresswebseite](#) in der McGuire-Lecture nachlesen, direktes Verlinken der Beiträge ist, wie bereits beschrieben, technisch nicht möglich.

#### Prävention



Abbildung: Valerie Beral, Photo Courtesy © SABCS/Todd Buchanan 2009

Weiter mit Barbara Brenner vom 12. Dezember. Sie berichtet nochmals vom Einleitungsvortrag zur Ursachenforschung und Prävention von Valerie Beral. Beral habe die schützenden Effekte des

Kinderkriegs und Stillens und, bis zu einem gewissen Grad, auch die Risiken durch Hormonersatztherapie, Übergewicht und Alkoholkonsum hervorgehoben. Nichts Neues also, wie auch Barbara Brenner unterstreicht.

- Valerie Beral habe weiter berichtet über die unterschiedlichen Erkrankungsrisiken von Frauen in weniger entwickelten bis hin zu den stark industrialisierten Ländern. In letzteren ist die Brustkrebshäufigkeit bekanntlich stärker ausgeprägt, s. dazu

- auch „Das urbane Leben ...“ über eine NEJM-Berichterstattung vom Januar 2008.
- Valerie Beral habe in ihrem aktuellen Beitrag die Ursachen – wie bereits zu Anfang des 20. Jahrhunderts – hauptsächlich an den reproduktiven Unterschieden festgemacht, als noch die natürlich nicht bewiesene Auffassung vorherrschte, Brustkrebs stünde im Zusammenhang damit, dass die Brust nicht „für ihre natürlichen Zwecke“ im Zusammenhang mit dem Gebären und Stillen gebraucht würde.
  - Sie verwies auch darauf, dass Brustkrebs – unabhängig von der Auffassung, dass er Jahre brauche, um sich zu entwickeln – durch die Einnahme von Hormonen zur Empfängnisverhütung (die „Pille“) bzw. als Hormonersatztherapie mit und ohne Progesterone (synth. hergestellt Gestagene) vorübergehend häufiger auftrete, ein Risiko, welches nach dem Absetzen der Medikamente schnell wieder abfalle.
  - Ernährung, nicht aber Diät, spiele eine Rolle. Eine 20%ige Reduktion der Brustkrebsinzidenz wäre zu erreichen, wenn Frauen nicht übergewichtig wären, keinen Alkohol zu sich nähmen und auf die Hormontherapie verzichteten. Diese Berechnung entspricht in den USA 40.000 Fällen, für Deutschland wären es hypothetisch rund 10.000 Frauen weniger, die an Brustkrebs erkranken.

## Pech gehabt

Die anderen betroffenen Frauen hätten eben einfach „Pech“, wenn sie trotzdem erkrankten. Wissenschaftliche Fakten, die auch hinter diesem „Pech“ bekanntlich stehen, wurden nicht thematisiert.

- So ging Valerie Beral nicht auf den Widerspruch ein, dass Frauen in Entwicklungsländern in den Städten sehr viel schneller an Brustkrebs erkrankten, als dass sie ihre reproduktiven Gewohnheiten veränderten.
- Auch den Anstieg der Brustkrebsinzidenz durch den Einsatz von Mammographie-Screening bzw.
- den stärkeren Gebrauch von Röntgenstrahlen in industrialisierten Ländern ließ Valerie Beral unter den Tisch fallen, ebenso wie auch

- die vermehrte Aufnahme von hormonwirksamen Substanzen (**endokrine Disruptoren**)
  - über die Nahrung in entwickelten Ländern, bzw.
  - über die Aufnahme solcher Stoffe durch die Haut im Zusammenhang mit Körperpflegeprodukten. Barbara Brenner weist hier auf einen Leserinnenbrief von Adrienne Olson, erschienen Journal of Clinical Oncology im August 2009, hin: [Breast Cancer Patients Unknowingly Dosing Themselves With Estrogen by Using Topical Moisturizers](#) (Brustkrebspatientinnen verabreichen sich durch den Gebrauch von Feuchtigkeitscremes unwissentlich Östrogene selbst).

Im Zusammenhang mit Brustkrebs wenig weiterführende Gedanken von Dr. Valerie Beral hätten, so Brenner, zum Ende ihrer Präsentation in einer Gratulation an Amerika für die Wahl von Barack Obama zum Präsidenten der Vereinigten Staaten gemündet. Vielleicht kommt auf dem Deutschen Senologie-Kongress ja auch einmal jemand auf die Idee, uns zu Dr. Angela Merkel zu gratulieren.

## Exemestan (Aromasin) Update: Trommeln für Aromatasehemmer geht weiter

Eine prospektive, randomisierte Phase III-Studie (Abstract 11, SABCS 2009) habe 5 Jahre Exemestan verglichen mit Tamoxifen gefolgt von Exemestan für den Zeitraum von insgesamt 5 Jahren bei postmenopausalen, Hormonrezeptor positiven Patientinnen. Bei einer Nachbeobachtungszeit von median 5,5 Jahren hätten sich keine Unterschiede im krankheitsfreien Überleben (DSF), im Gesamtüberleben (OS) bzw. in der Zeit bis zum Rezidiv (TTP) gezeigt. Switch bei den Nebenwirkungen: Unter Exemestan haben sich mehr Osteoporose und mehr Bluthochdruck, dafür aber weniger Nebenwirkungen auf die Gebärmutter als unter Tamoxifen gezeigt.

In einer anderen Studie (Abstract 12, SABCS 2009) wiederum wurde gezeigt, dass unter Exemestan das „Brustkrebs freie Überleben“ – welches leider nicht identisch ist mit einem tatsächlich längeren Überleben – um 4% gesteigert werden konnte (acht Jahre Nachbeobachtungszeit). Eine eingetretene Metastasierung unter Exemestan betrifft aus bisher nicht bekannten Gründen eher die Knochen.

In Abstract 14 wird außerdem der Frage nachgegangen, ob stärkere Nebenwirkungen unter Aromatasehemmern auch bessere Überlebensdaten mit sich bringen. Vared Stearms, die Referentin dieses Vortrags, kam zur Antwort: Nein.

Außerdem berichtet Barbara Brenner noch über die unter Abstract 15 verzeichnete Studie, die von Meredith Reagan erklärt wurde. Sie wäre auf das sogenannte selektive „cross-over“ zu sprechen gekommen, welches in der BIG 1-98 Studie praktiziert wurde (zu BIG, 1996 begründet und bis heute unter dem Vorsitz von Martine Piccart, s. auch oben Bericht zu Piccart). In der BIG 1-98 Studie wurde Femara mit Tamoxifen verglichen. Meredith Reagan habe erklärt, dass die Möglichkeit, von dem Studienarm mit der Standardtherapie in den Testarm für die neue Substanz wechseln zu können, die Randomisation ebenso wie die Möglichkeit, Schlussfolgerungen aus der Studie zu ziehen, zerstöre. Wie sie trotzdem dann noch zu einem statistisch signifikanten Vorteil für Letrozol nach 5 Jahren kommt, bleibt der Autorin dieses Textes leider nicht wirklich nachvollziehbar. Vielleicht passiert ja irgendwann das Wunder und wir finden die relativen Zahlen der Studienteilnehmerinnen der BIG 1-98 mit allen Armen, Optionen, Switchen, Ergebnissen und Interessenkonflikten transparent und nachvollziehbar dargestellt.

## Am Rande ...

berichtet Barbara Brenner vom 10. Dezember schließlich über die Aufregungen zu den neuen Screening-Empfehlungen der U.S. Preventive Task Force (USPSTF), s. auch „[Kein Brustkrebs-Screening zwischen 40 und 50](#)“. Einige der amerikanischen Abgeordneten seien so aufgebracht deswegen, dass sie eine Überprüfung der Task Force durch den Congress anstrengen wollten.

Weitere „Neuigkeit“ sei, dass Nancy Brinker – nach dem Rausschmiss von Hala Modellmog, die den Job im Jahr 2006 übernommen hatte – die Leitung von Komen wieder selbst übernehme.

Außerdem berichtet Barbara Brenner, was ihr Herz erwärmte, nämlich wie einer der Gründerväter des San Antonio Breast Cancer Symposiums, Dr. Charles Coltman, über die frühen Zeiten des SABCS, als noch Rose Kushner den Kongress besuchte, ins Schwärmen geraten sei. Kushner habe Veränderungen in der Behandlungsstrategie der Ärzte gefordert und bei der Tagung in der vordersten Reihe gesessen, um Fragen an die Moderation zu richten. Dieser Geist sei weitgehend verschwunden, es bleibe aber immer die Hoffnung, dass es wieder werden könnte.

---

## Quellen:

Breast Cancer Action – Conference Coverage: San Antonio Breast Cancer Symposium 2009

<http://bcaction.org/index.php?page=conference-coverage>

Die Berichte sind teilweise gekürzt und keine vollständige bzw. präzise Übersetzung. Sie dienen lediglich der Berichterstattung und sind teilweise mit Kommentaren im Zusammenhang mit unserer Situation hier in Deutschland versehen. Es empfiehlt sich, sämtliche angegebenen Quellen, die in den Html-Versionen dieser 5 Texte angegeben sind, ggf. genau nachzulesen.

Kongresswebseite: <http://www.sabcs.org>

## Hinweis zur Unterstützung für Breast Cancer Action


Ohne die wichtige Arbeit der engagierten Frauen von Breast Cancer Action ([www.bcaction.org](http://www.bcaction.org)) nachzunutzen, hätten wir von Frauenseite in Deutschland keine wirklich neutralen Berichte zu vielen wichtigen und komplizierten Themenbereichen bei Brustkrebs. Die Arbeit von Breast Cancer Action ist wertvoll und nicht kostenlos zu leisten.

Es ist möglich, direkt an Breast Cancer Action in den USA zu spenden. Die Spenden werden in der Breast Cancer Action-Zeitschrift „**Source**“ veröffentlicht, wenn nichts anderes angekreuzt wird. Es ist auch möglich, für namentlich genannte Patientinnen oder zum Gedächtnis von Frauen mit Brustkrebs, die nicht mehr leben, zu spenden. Eine Spende ist einfach z.B. über Kreditkarte möglich über die Webseite:

[https://org2.democracynaction.org/o/6098/t/7381/content.jsp?content\\_KEY=1550](https://org2.democracynaction.org/o/6098/t/7381/content.jsp?content_KEY=1550)

## Über Breast Cancer Action Germany

Wir sind eine unabhängige Gemeinschaft von Frauen, die sich im Kontext Brustkrebs engagieren. Wir wollen die bestmögliche Behandlung für alle, die von dieser schweren Erkrankung betroffen sind. Wir wollen aber auch, dass die Forschung über die Ursachen von Brustkrebs und über die Möglichkeiten der Primärprävention endlich grundlegend verbessert wird.

Wir sind ein kreatives, privat finanziertes Low-Budget-Projekt, das grundsätzlich jegliche Finanzierung im Interessenkonflikt ablehnt und insbesondere keine Pharmagelder annimmt. Lesen Sie dazu unsere Leitlinie, entsprechend der  Richtlinie zur Einwerbung von Drittmitteln von Breast Cancer Action.