

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

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

## 5.4.2. Chemotherapie des metastasierten Mammakarzinoms

5.21.	Konsensbasierte Empfehlung
	<b>Kriterien vor einer Chemotherapie</b>
<b>EK</b>	Vor Durchführung einer Chemotherapie sollen der Allgemeinzustand und die Komorbidität, die Vortherapien der Patientin erhoben und die Compliance abgeschätzt werden.
	Starker Konsens

5.22.	Konsensbasierte Empfehlung
	<b>Toxizitätsbeurteilung</b>
<b>EK</b>	<p>Während der Therapie soll eine regelmäßige Toxizitätsbeurteilung (subjektiv und objektiv) erfolgen. Die Dosierung soll ebenso wie die angestrebten Zeitintervalle gemäß generell akzeptiertem Standard- bzw. aktuell publizierter Therapieregime erfolgen. Nach Bestimmung eines geeigneten und repräsentativen Messparameters (Symptome, Tumormarker, Bildgebung) vor Therapiebeginn soll eine Evaluation des Therapieeffektes mindestens alle 6–12 Wochen entsprechend der klinischen Erfordernisse erfolgen. Im Verlauf können bei anhaltender Remission und guter klinischer und laborchemischer Beurteilbarkeit des Erkrankungsstatus die bildgebenden Intervalle verlängert werden.</p>
	Starker Konsens

5.23.	Konsensbasierte Empfehlung
<b>EK</b>	<p><b>Modifikation der Chemotherapie</b></p> <p>Eine Unterbrechung der Therapie sollte bei klinisch relevanter Progression oder nicht tolerabler Toxizität erfolgen.</p> <p>Ein Wechsel auf eine andere Chemotherapie sollte ohne nachgewiesene Progression oder ohne nicht tolerable Toxizität nicht erfolgen.</p>
	Starker Konsens

5.24.	Evidenzbasierte Empfehlungen
	<b>Polychemotherapie/Kombinationstherapie</b>
Empfehlungsgrad <b>B</b>	a.) Bei Indikation zu einer Chemotherapie sollten Patientinnen ohne hohen Remissionsdruck eine sequentielle Chemotherapie erhalten.
Level of Evidence <b>1a</b>	De novo-Recherche: (Sledge, Neuberg et al. 2003, Dear, McGeechan et al. 2013)
	Starker Konsens
Empfehlungsgrad <b>0</b>	b.) Die Kombinationstherapie aus Chemotherapie und Bevacizumab kann in der Erstlinientherapie das progressionsfreie Überleben verbessern, allerdings mit erhöhter Nebenwirkungsrate und ohne Einfluss auf das Gesamtüberleben.
Level of Evidence <b>1a</b>	Quellen: (Miller, Wang et al. 2007, Gray, Bhattacharya et al. 2009) (Robert, Diéras et al. 2011, Lang, Brodowicz et al. 2013, Welt, Marschner et al. 2016, Zielinski, Lang et al. 2016)
	Starker Konsens

5.24.	Evidenzbasierte Empfehlungen
	<b>Polychemotherapie/Kombinationstherapie</b>
Empfehlungsgrad <b>0</b>	c.) Bei stärkeren Beschwerden und raschem Wachstum bzw. aggressivem Tumorverhalten, d.h. bei hohem Remissionsdruck, kann eine Polychemotherapie oder eine Chemotherapie + Bevacizumab durchgeführt werden.
Level of Evidence <b>1a</b>	Quellen: (Carrick, Parker et al. 2005), (Dear, McGeechan et al. 2013)
	Starker Konsens

## Quellen:

Sledge, G. W., D. Neuberg, P. Bernardo, J. N. Ingle, S. Martino, E. K. Rowinsky and W. C. Wood (2003). "Phase III trial of doxorubicin, paclitaxel, and the combination of doxorubicin and paclitaxel as front-line chemotherapy for metastatic breast cancer: an intergroup trial (E1193)." J Clin Oncol **21**(4): 588-592.

Dear, R. F., K. McGeechan, M. C. Jenkins, A. Barratt, M. H. Tattersall and N. Wilcken (2013). "Combination versus sequential single agent chemotherapy for metastatic breast cancer." Cochrane Database Syst Rev(12): Cd008792.

Miller, K., M. Wang, J. Gralow, M. Dickler, M. Cobleigh, E. A. Perez, T. Shenkier, D. Cella and N. E. Davidson (2007). "Paclitaxel plus bevacizumab versus paclitaxel alone for metastatic breast cancer." N Engl J Med **357**(26): 2666-2676.

Gray, R., S. Bhattacharya, C. Bowden, K. Miller and R. L. Comis (2009). "Independent review of E2100: a phase III trial of bevacizumab plus paclitaxel versus paclitaxel in women with metastatic breast cancer." J Clin Oncol **27**(30): 4966-4972.

Robert, N. J., V. Diéras, J. Glaspy, A. M. Brufsky, I. Bondarenko, O. N. Lipatov, E. A. Perez, D. A. Yardley, S. Y. Chan and X. Zhou (2011). "RIBBON-1: randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab for first-line treatment of human epidermal growth factor receptor 2-negative, locally recurrent or metastatic breast cancer." Journal of Clinical Oncology **29**(10): 1252-1260.

## Quellen:

Lang, I., T. Brodowicz, L. Ryvo, Z. Kahan, R. Greil, S. Beslija, S. M. Stemmer, B. Kaufman, Z. Zvirbule, G. G. Steger, B. Melichar, T. Pienkowski, D. Sirbu, D. Messinger and C. Zielinski (2013). "Bevacizumab plus paclitaxel versus bevacizumab plus capecitabine as first-line treatment for HER2-negative metastatic breast cancer: interim efficacy results of the randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 TURANDOT trial." Lancet Oncol **14**(2): 125-133.

Welt, A., N. Marschner, C. Lerchenmueller, T. Decker, C. C. Steffens, A. Koehler, R. Depenbusch, S. Busies and S. Hegewisch-Becker (2016). "Capecitabine and bevacizumab with or without vinorelbine in first-line treatment of HER2/neu-negative metastatic or locally advanced breast cancer: final efficacy and safety data of the randomised, open-label superiority phase 3 CARIN trial." Breast Cancer Res Treat **156**(1): 97-107.

Zielinski, C., I. Lang, M. Inbar, Z. Kahan, R. Greil, S. Beslija, S. M. Stemmer, Z. Zvirbule, G. G. Steger, B. Melichar, T. Pienkowski, D. Sirbu, L. Petruzella, A. Eniu, B. Nisenbaum, M. Dank, R. Anghel, D. Messinger and T. Brodowicz (2016). "Bevacizumab plus paclitaxel versus bevacizumab plus capecitabine as first-line treatment for HER2-negative metastatic breast cancer (TURANDOT): primary endpoint results of a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial." Lancet Oncol **17**(9): 1230-1239.

Carrick, S., S. Parker, N. Wilcken, D. Ghera, M. Marzo and J. Simes (2005). "Single agent versus combination chemotherapy for metastatic breast cancer." Cochrane Database Syst Rev(2): Cd003372.



5.25.	Konsensbasierte Empfehlung
<b>EK</b>	<p><b>Monotherapie</b></p> <p>Als Monotherapie können z. B. folgende Substanzen zum Einsatz kommen: Alkylanzien, Anthrachinone, Anthrazykline (auch in liposomaler Form), Eribulin, Fluorpyrimidine, Platinkomplexe, Taxane, und Vinorelbin. Bei einer Polychemotherapie können diese Substanzen untereinander bzw. mit weiteren Substanzen kombiniert werden. Es sollten allerdings nur in Studien überprüfte Kombinationen eingesetzt werden.</p>
	Starker Konsens