1. Hauptthema: Chemotherapie des Mammakarzinoms

Gynäk. Rdsch. 1981;21(Suppl. 2):34-35

Chemotherapie des generalisierten Mammakarzinoms

K.		von Maillot
H.		Egger

Frauenklinik (Direktor: Prof. Dr. K.G. Ober) der Universität **Erlangen-Nürnberg**,
Erlangen, BRD

Prof. K. von Maillot, Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstrasse 21, D-8520 Erlangen (BRD)

Die wirksamste Behandlung beim generalisierten Mammakarzinom ist die Chemotherapie. Die Hormontherapie hat erst in den letzten 10 Jahren durch die Bestimmung der Östrogen- und Progesteronrezeptoren wieder eine grössere Bedeutung erlangt. Sie kann jedoch nur wirksam sein, wenn diese zytoplasmatischen Proteine im Zytosol von Tumorgewebe nachweisbar sind [3]. Für die Chemotherapie stehen zahllose Kombinationen einzelner Zytostatika zur Verfügung. In Erlangen wurde von 1971 bis 1975 in Anlehnung an die SAKK eine Kombination von Cyclophosphamid, Methotrexat, Vinblastinsulfat und Methylprednisolon (CMVP) als Dauertherapie verwendet. Ab 1976 wurde auf Methylprednisolon verzichtet. Daneben wurde seit 1976 auch ein adriamycinhaltiges Schema eingesetzt. (Adriamycin, Cyclophosphamid, Vinblastinsulfat, 5-Fluorourazil; ACVF).

Zur Definition einer Remission wurden die Empfehlungen von Hayward et al. [1] verwendet. Abweichend davon wurde nur dann von einer Remission gesprochen, wenn die Tumorrückbildung mindestens 3 Monate anhielt. Stationäres Verhalten und bloss subjektive Besserung wurden als Versager gewertet. (Wobei sicher für viele Patientinnen ein stationäres Verhalten der Tumoren ein Gewinn sein kann.)

Bei insgesamt 277 Patientinnen mit generalisiertem Mammakarzinom erreichten wir Remissionsraten von 38% mit CMVP, von 46% mit CMV und 61% mit ACVF. Die höhere Remissionsrate nach Weglassen von Methylprednisolon ist erklärbar. Ab 1976 wurden die klinisch ungünstigeren Fälle mit der adriamycinhaltigen Kombination behandelt. Abhängig von der vorherrschenden Metastasenlokalisation zeigt Tabelle I die Remissionsraten von 176 Brustkrebspatientinnen. Die mediane Remissionsdauer betrug unabhängig von der vorherrschenden Metastasenlokalisation insgesamt 10 Monate, bei Tumoren mit Östrogen- und Progesteronrezeptoren 12 Monate. Auch war die Remissionsrate bei

Mitteilungen zum 1. Hauptthema

35
Tabelle I. Remissionsraten bei 176 Patientinnen mit generalisiertem Mammakarzinom in Abhängigkeit von der vorherrschenden Metastasenlokalisation und der Art der Polychemotherapie

CMV ACVF

n	%	n	%
Haut/LK	16/31	52	12/24
Ossär	12/34	35	20/30
Viszeral	13/24	54	21/33

Total 41/89 46 53/87 61

Insgesamt erlebten 94 Frauen (53%) eine Remission.

östrogenrezeptorpositiven Fällen deutlich höher (67%) als bei rezeptornegativen (36%), wobei die adriamycinhaltige Kombination bei rezeptorpositiven Tumoren nicht häufiger eingesetzt worden war.

Die Bestimmung der Steroidrezeptoren soll jedoch vor allem als Entscheidungshilfe bei der Wahl Chemotherapie oder Hormontherapie dienen. Weitere Kriterien sind der klinische Verlauf, die Länge des freien Intervalls, die Metastasenlokalisation und das Lebensalter der Patientin.

Lebermetastasen sprechen z.B. auf eine Hormontherapie im allgemeinen nicht an.

Durch den Einsatz moderner Zytostatikakombinationen und rezeptorabhängiger

Hormontherapien können beim generalisierten Mammakarzinom erfreuliche Remissionen erzielt werden. Heilungen sind aber nicht möglich. Jede Therapie kann nur das Leben verlängern, wenn auch in Ausnahmefällen um 10 und mehr Jahre. Die mediane Überlebenszeit – ermittelt nach Kaplan und Meier [2] – der Erlanger Patientinnen betrug unter Polychemotherapie bei «Respondern» 2½ Jahre, bei Therapieversagern nur 1 Jahr.

Literatur

Hayward, J.L.; Carbone, P.P.; Heuson, J.C.; Kumaoka; Segaloff, A.; Rubens, R.D.: Assessment of response to therapy in advanced breast cancer. Cancer 39: 1289-1293 (1977).

Kaplan, E.L.; Meier, P.: Non-parametric estimations from incomplete observations. J. Am. statist. Ass. 53: 457-482 (1958).

Maillot, K. von; Gentsch, H.H.; Günselmann, W.: Steroid receptors and response to endocrine treatment and chemotherapy of advanced breast cancer. J. Cancer Res. clin. Oncol. 98: 301-313 (1980).

Gynäk. Rdsch. 21 (Suppl. 2): 34-35 (1981)