

Adjuvante Systemtherapie bei Mamma-Ca, Konsensus Brustzentrum (v05/09)

Niedrig-Risiko

Tumor <2cm, G1, Rez.pos., > 35 Jahre, her-2 neg.
(alles muss erfüllt sein):

Prämenopausal: TAM 5 J (oder nichts bei Tumor < 1cm)
Postmenopausal: TAM (oder nichts bei Tumor < 1cm)
TAM gefolgt von AI
AI

Bei höherem Risiko generell Chemotherapie für alle Rez.neg. Patientinnen!

Intermediär

alle pN0 mit Risikofaktor:

pN0 + Rez.pos. (her-2 neg.), aber T> 2cm oder G 2/3 oder < 35 J:
nur 1 dieser Risikofaktoren:

prämenop: TAM 5 J ± GnRH 3 J
oder 4 x TC → TAM bzw. 6 x FE₁₀₀C → TAM

postmenop: AI 5 J

mehr als 1 Faktor oder V1/L1: 6 x FE₁₀₀C gefolgt von antihorm. Th.

pN0 + Rez.neg. (her-2 neg.): 6 x FE₁₀₀C

pN0 + Rez.pos. (her-2 pos.): 3xFEC → 3x Docetaxel, alternativ
4 x AC → Paclitaxel qw x 12, gefolgt von Herceptin über 1 J +
antihorm. Therapie siehe Hoch-Risiko
(bei Tumor < 1 cm Herceptin fakultativ)

pN0 + Rez.neg. (her-2 pos.): 3xFEC → 3x Docetaxel, alternativ
4 x AC → Paclitaxel qw x 12, gefolgt von Herceptin über 1 J
(bei Tumor < 1 cm Herceptin fakultativ)

Hoch

alle pN+:*

Taxanhaltige Chemotherapie für alle:

3xFEC → 3x Docetaxel oder 4 x AC → Paclitaxel qw x 12

Rez.pos. + prämenop.: gefolgt von TAM

Rez.pos. + postmenop.: gefolgt von AI 5 J

oder TAM 5 J

oder AI 2J/TAM 3J bzw. TAM 2J/AI 3J

oder TAM 5J/AI 2J

her-2 pos.: Herceptin über 1 Jahr nach Chemo (s.o.)**
bei eingeschränkter kard. Funktion THC

N > 10: dosisdichte Therapie erwägen (z.B. A-C-T),
möglichst Einschluss in Studien

* pN1mi gilt als pN+ (wenn sonst nur Niedrig-Risiko-Kriterien vorliegen, individuelle Entscheidung)

** Zeitpunkt der Herceptingabe bei Radiatio der parasternalen LK individuell abwägen (rechtzeitige Vorstellung in Strahlentherapie!)**