

Grundsätze der metastasierten Therapie und Update 2026

Prof. Dr. med. Marcus Schmidt

Abteilung für Molekulare Onkologie

Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit

Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Universitätsmedizin Mainz



Conflict of Interest (COI)

■ Forschungsunterstützung:

- AstraZeneca, BioNTech, Celcuity, Eisai, German Breast Group, Genentech, Lilly, Novartis, Pantarhei Bioscience, Pfizer, Pierre-Fabre, Roche

■ Vortragsstätigkeit:

- AstraZeneca, Daiichi Sankyo, Eisai, Exact Science, Lilly, Menarini Stemline, MSD, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, Roche

■ Beratertätigkeit:

- AstraZeneca, BioNTech, Daiichi Sankyo, Eisai, Eurobio, Exact Science, Lilly, Menarini Stemline, MSD, Novartis, Pantarhei Bioscience, Pfizer, Pierre-Fabre, Roche

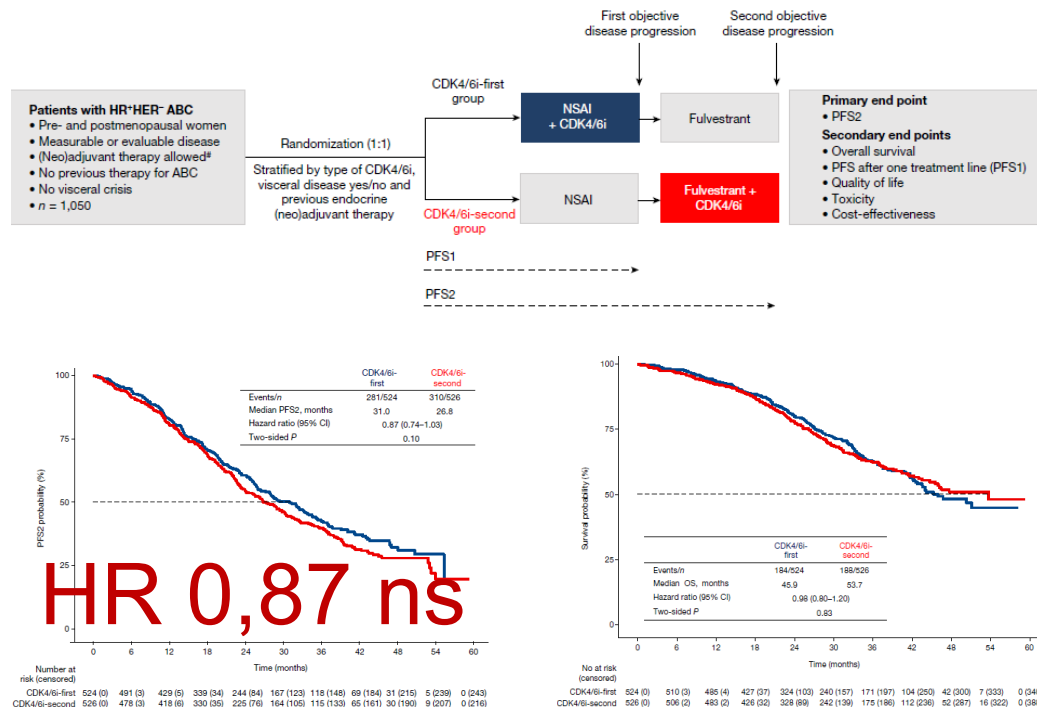
HR+



5.33	Evidenzbasierte Empfehlung	modifiziert 2025
Empfehlungsgrad A	Die Kombinationstherapie eines Aromatasehemmers oder Fulvestrant mit CDK 4/6-Inhibitoren soll als Erstlinientherapie oder spätestens ab der Zweitlinie durchgeführt werden, sofern diese Substanzgruppe noch nicht eingesetzt wurde.	
Level of Evidence 1	[1191] , [1192] , [1207] , [1208]	
	Starker Konsens	

Early versus deferred use of CDK4/6 inhibitors in advanced breast cancer - SONIA

- HR+/HER2- metasts. (n=1050)
- CDK4/6i 1st line vs. 2nd line
- PFS2 31 vs. 26,8 Mon.
 - HR 0,87 (0,74–1,03)
- HR-QoL vergleichbar
- 1st vs. 2nd line CDK4/6i
 - 24,6 vs. 8,1 Monate
 - ≥ III AEs (2763 vs. 1591)
- „These data challenge the need for first-line use of a CDK4/6i in all patients.“

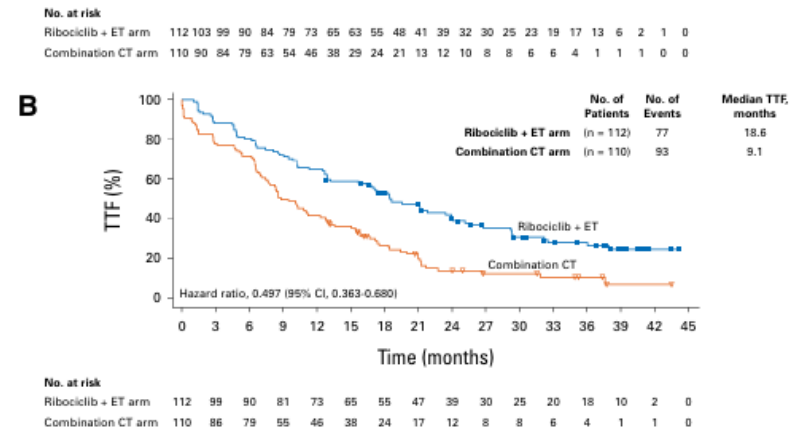
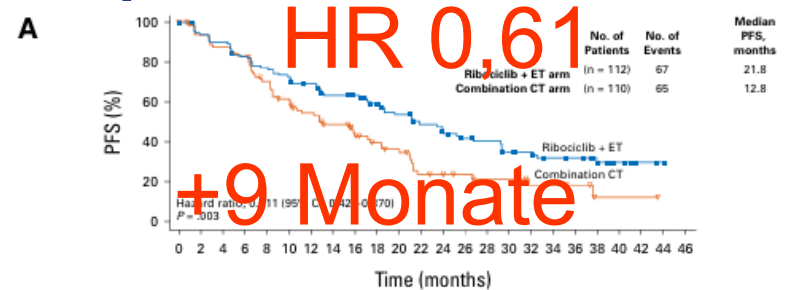


RIGHT choice (Phase II) Ribociclib + ET vs. Polychemotherapie

- 1st line prämenopausal high-risk HR+ / HER2- Mammakarzinom (n=222)
 - Ribociclib+ ET vs. Polychemotherapie

- PFS 21,8 vs. 12,8 Monate**
 - HR 0,61**

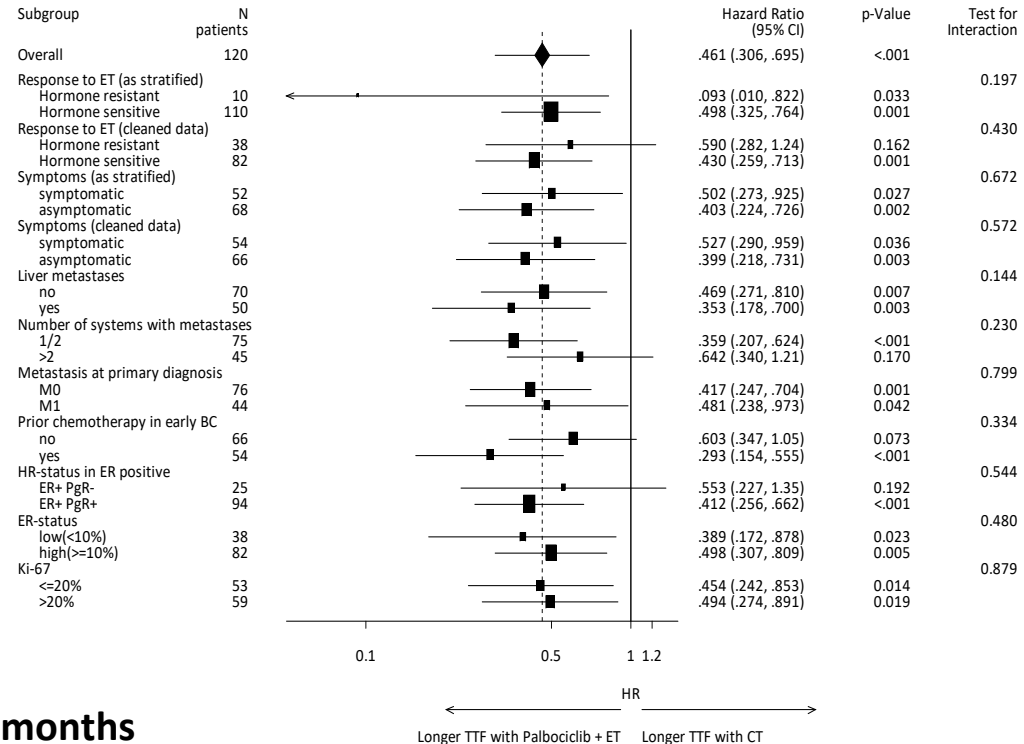
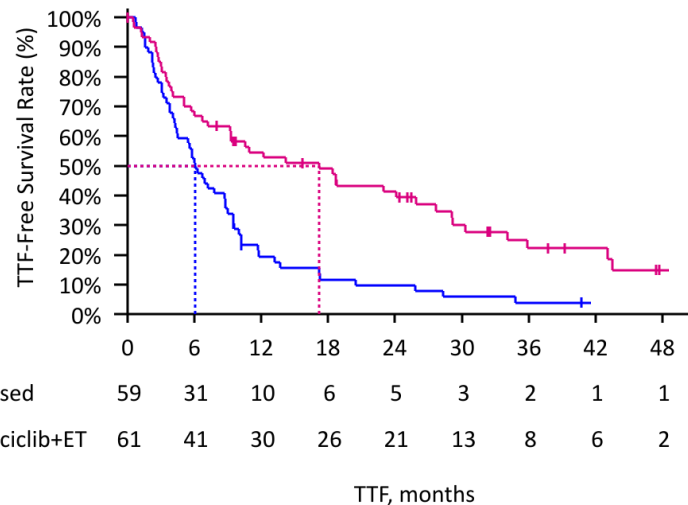
- ORR 66,1 vs. 61,8%
- TTR 4,9 vs. 3,2 Monate
- „First-line ribociclib plus ET showed a significant **PFS benefit, similar response rates, and better tolerability** over combination CT in patients with clinically aggressive HR+/HER2- ABC.“



Results: Primary Endpoint (TTF)

HR 0.46: 95% CI (0.31-0.69), p<0.001 (log-rank)

**Median TTF palbociclib + ET vs CT:
17.2 vs 6.1 months**

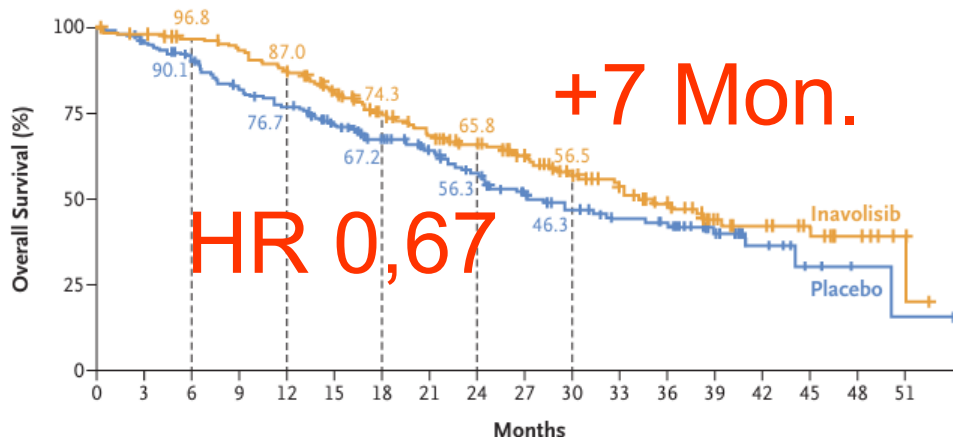


Median follow-up of 36.8 (range 0-74.4) months

5.37	Konsensbasierte Empfehlung	neu 2025
EK	Bei Patientinnen mit positivem Hormonrezeptorstatus und negativem HER2-Status und einer PIK3CA-Mutation, die unter oder innerhalb von 12 Monaten nach einer adjuvanten endokrinen Therapie progredient sind, sollte eine zielgerichtete Therapie mit Inavolisib plus Fulvestrant plus Palbociclib angeboten werden.	
	Konsens	

Overall Survival with Inavolisib in PIK3CA-Mutated Advanced Breast Cancer

A Overall Survival in the Full Analysis Population



No. at Risk

Inavolisib	161	155	149	142	131	114	99	88	78	67	54	43	34	22	19	13	7	1
Placebo	164	155	142	127	119	104	90	77	63	48	42	36	32	18	10	4	2	1

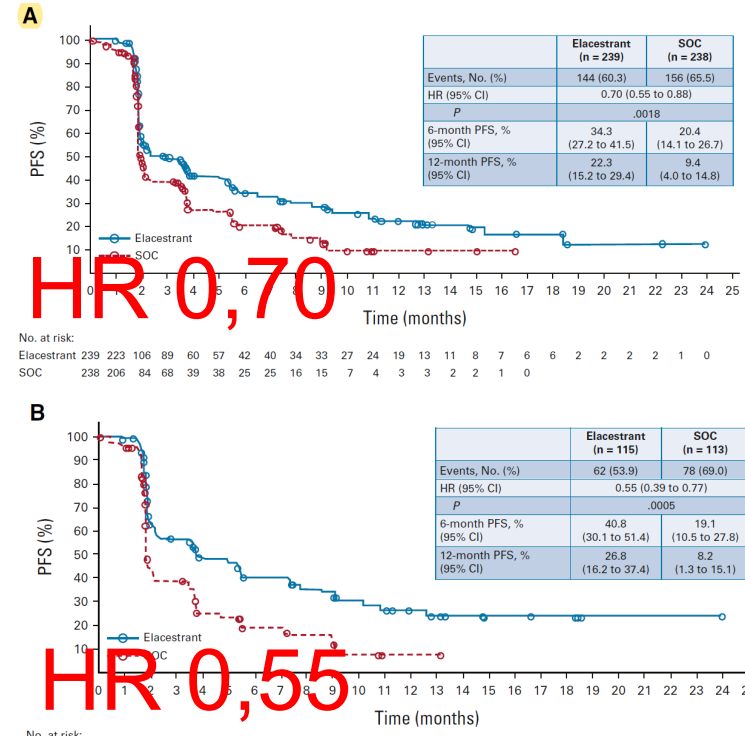
	No. of Deaths (%)	Median Overall Survival (95% CI) mo
Inavolisib (N=161)	72 (44.7)	34.0 (28.4–44.8)
Placebo (N=164)	82 (50.0)	27.0 (22.8–38.7)

Stratified hazard ratio for death, 0.67 (95% CI, 0.48–0.94)
P=0.02

5.38	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	Postmenopausale Patientinnen mit HR-positivem / HER2-negativem fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom und einer aktivierenden ESR1-Mutation nach mindestens zwei endokrinen Therapielinien, einschließlich eines CDK 4/6-Inhibitors, sollten mit Elacestrant behandelt werden.	
GRADE ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖	[1236] , [1174] ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖: siehe Evidenzbericht oder das zusammenfassende Evidenzkurzprofil zu Elacestrant	
	Starker Konsens	

EMERALD (Phase III) – Elacestrant vs. SOC ET

- ER+/HER2- metastasiert postmenopausal (n = 477)
 - 1-2 Linien ET und Progress unter CDK4/6 Inhibitor
 - Elacestrant vs. Standard ET
- PFS (ITT): HR 0,70
- PFS (*ESR1^{mut}*): HR 0,55
 - HR 0,664
 - alle Subgruppen profitieren
- Nausea (Grad III/IV) 2,5% vs. 0,9%
- Therapieabbruch: 6,3% vs. 4,4%

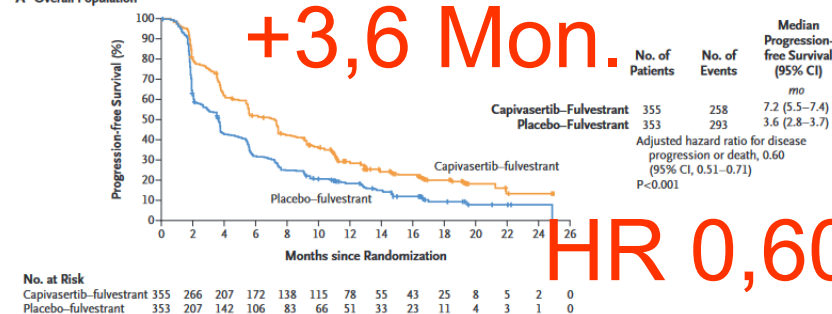


5.39	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	Patientinnen mit vorbehandeltem HR-positivem / HER2-negativem fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit aktivierender PIK3CA/AKT1/PTEN-Alteration sollten mit Capivasertib und Fulvestrant behandelt werden.	
Level of Evidence 2	[1237]	
	Starker Konsens	

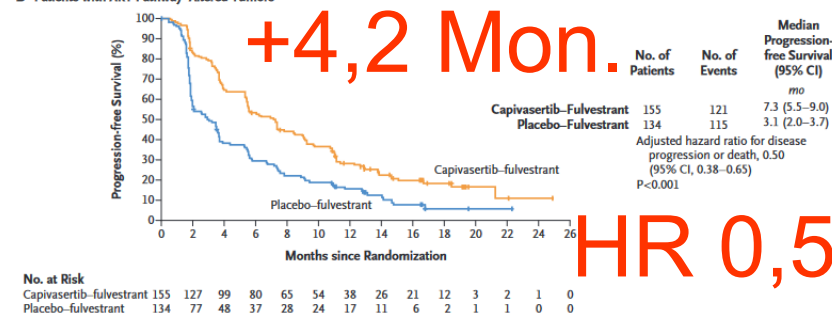
CAPItello-291 (Phase III) Fulvestrant +/- Capivasertib

- ER+ HER2- metastasiert (n=708)
 - Fulvestrant +/- Capivasertib
- PFS 7,2 vs. 3,6 Monate; HR 0,60
 - Alle Subgruppen profitieren
 - 40,8% mit AKT Veränderung**
 - PFS 7,3 vs. 3,1 Monate; HR 0,50**
- Grad III/IV Toxizität
 - Rash 12,1 vs. 0,3%
 - Diarrhoe 9,3 vs. 0,3%
- Studienabbruch: 13% vs. 2,3%**

A Overall Population



B Patients with AKT Pathway-Altered Tumors

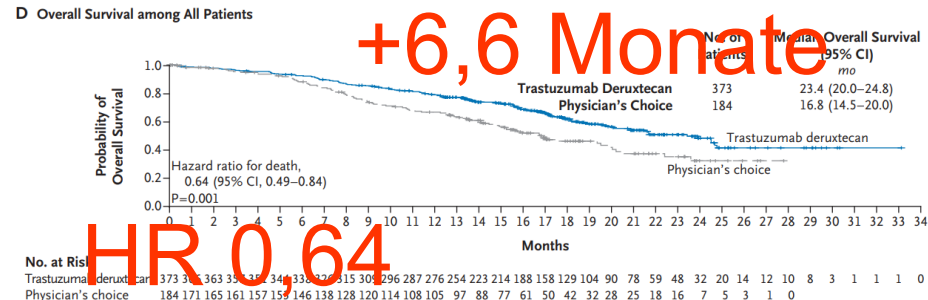
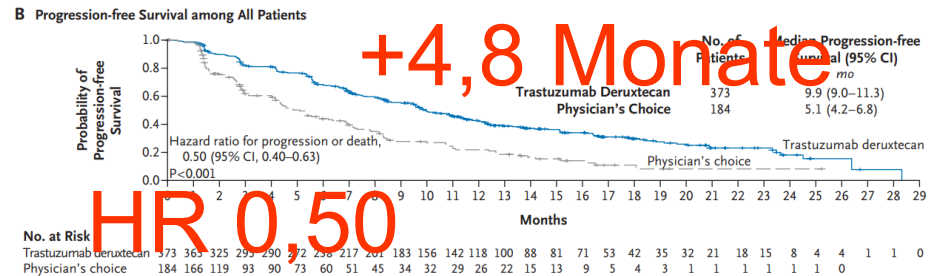


5.41	Konsensbasiertes Statement	modifiziert 2025
EK	Weitere Schritte in der endokrin-basierten Behandlungssequenz stellen je nach Vorbehandlung der Einsatz von Elacestrant (bei Nachweis einer aktivierenden ESR1 Mutation), Capivasertib (bei Nachweis einer aktivierenden PIK3CA/AKT1/PTEN-Alteration), Alpelisib (bei Nachweis einer entsprechenden PI3CA Mutation) Everolimus bzw. Antiöstrogenen, Östrogenrezeptor-Antagonisten, der Wechsel des Aromatasehemmers von einem steroidalen auf einen nicht-steroidalen Aromatasehemmer oder vice versa dar. *Cave: Alpelisib derzeit in Deutschland nur über internationale Apotheke erhältlich	
	Starker Konsens	

5.42	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	Patientinnen mit HR-positivem / HER2-low fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom, die eine Chemotherapie in der metastasierten Situation erhalten haben oder bei denen während oder innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung der adjuvanten Chemotherapie ein Rezidiv aufgetreten ist sollten mit Trastuzumab Deruxtecan behandelt werden.	
GRADE ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖	[1167], [1247], [1174] ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖: siehe Evidenzbericht oder das zusammenfassende Evidenzkurzprofil zu Trastuzumab Deruxtecan	
	Starker Konsens	

DESTINY-Breast04 – T-DXd vs. Chemotherapie

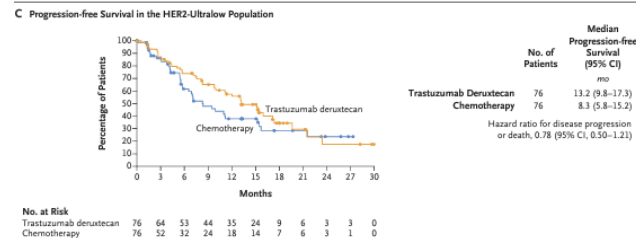
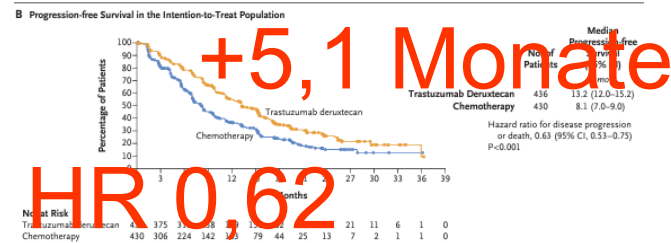
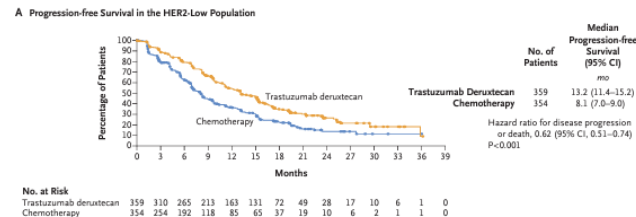
- HER2-low metastasiert (n=524)
 - Ausgedehnt vorbehandelt
 - Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) vs. Chemotherapie
- PFS: 9,9 vs. 5,1 Monate
 - HR 0,50
- OS: 23,4 vs. 16,8 Monate
 - HR 0,64
- AE 3/4 52,6% vs. 67,4%
 - Lungenfibrose: 12,1% vs. 0,6%
 - Therapieabbruch: 16% vs. 8%



5.43	Konsensbasierte Empfehlung	neu 2025
EK	Patientinnen mit HR-positivem / HER2-low oder HER2-ultralow fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom, die eine oder mehrere endokrine Therapielinien in der metastasierten Situation erhalten haben, kann eine Therapie mit Trastuzumab Deruxtecan angeboten werden.* *off-label use	
	Konsens	

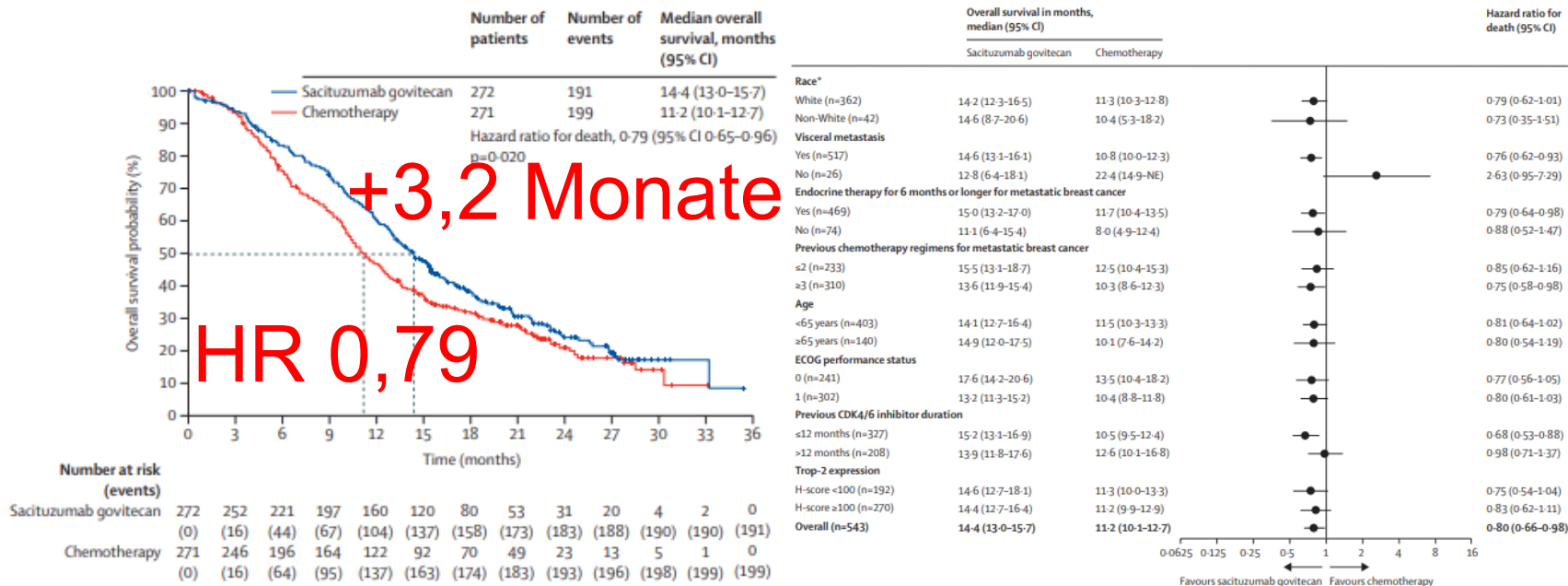
DESTINY-Breast06 – T-DXd vs. Chemotherapie

- HER2-low / -ultralow (n=713 / 153)
 - ≥ 2 Linien ET (90,4% CDK4/6i)
 - Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) vs. Chemotherapie (Capecitabin, (nab)Paclitaxel)
- PFS: 13,2 vs. 8,1 Monate
 - HR 0,62 (0,51-0,74)
- OS: 87,6% vs. 81,7%
 - HR 0,83 (0,66-1,05)
- AE 3/4 52,8% vs. 44,4%
 - Lungenfibrose: 11,3% vs. 0,6%
 - Therapieabbruch: 14,3% vs. 0,2%



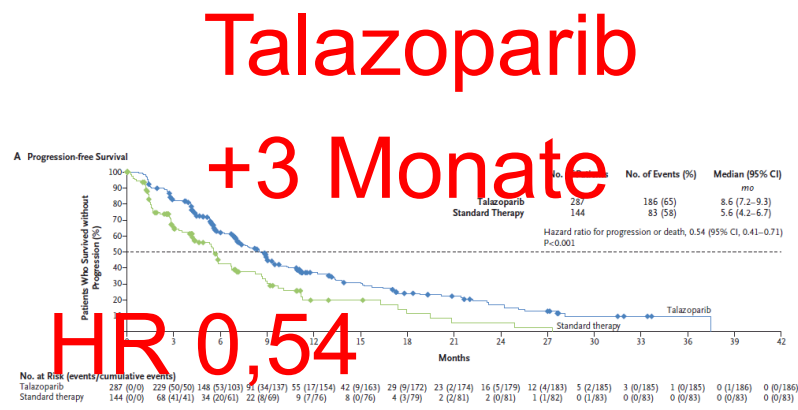
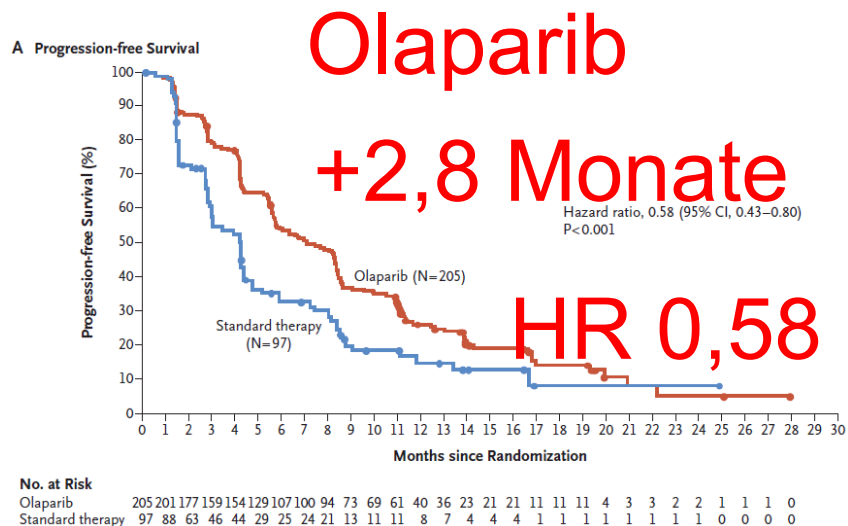
5.44	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	Patientinnen mit HR-positivem / HER2-negativem fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach Vorbehandlung mit endokrin-basierter Therapie und mindestens 2 zusätzlichen systemischen Therapien bei fortgeschrittener Erkrankung sollten mit Sacituzumab Govitecan behandelt werden.	
GRADE ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖	[1249] , [1167] , [1174] ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖: siehe Evidenzbericht oder das zusammenfassende Evidenzkurzprofil zu Sacituzumab Govitecan	
	Starker Konsens	

TROPICS-02 – Sacituzumab Govitecan vs. TPC - OS



5.45	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	HER2-negative Patientinnen mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit <i>BRCA1/2</i> -Keimbahn-Mutation und Vorbehandlung mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting, es sei denn, sie waren ungeeignet für diese Behandlungen, sollten mit Olaparib oder mit Talazoparib behandelt werden.	
GRADE ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖	[1167] , [1252] , [1253] , [1254] , [1255] , [1256] , [1174] ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖: siehe Evidenzbericht oder die zusammenfassenden Evidenzkurzprofile zu Talazoparib und Olaparib	
	Starker Konsens	

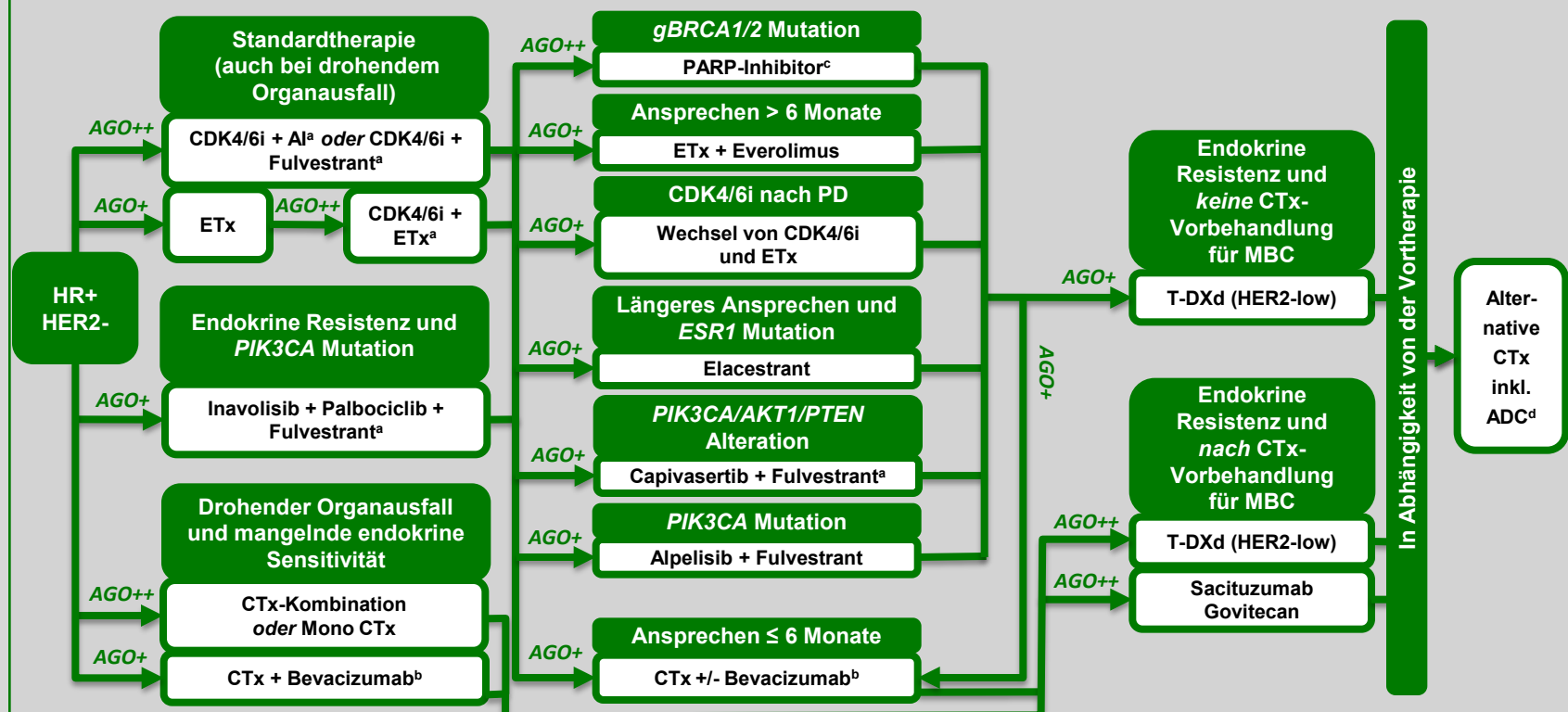
PARP-Inhibitoren bei gBRCAm



HR-positives, HER2-negatives, metastasiertes Mammakarzinom

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2025.1D



ADC, antibody drug conjugate; AI, Aromataseinhibitor; CDK4/6i, CDK4/6 Inhibitor; CTx, Chemotherapie; ETx, endokrine Therapie; gBRCA1/2 Mutation, BRCA1/2 Keimbahnmutation; HER2, humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; HR, Hormonrezeptor; MBC, metastasiertes Mammakarzinom; PD, progressive disease; T-DXd, Trastuzumab Deruxtecan; ^ain Prämenopause zusätzlich ovarielle Suppression; ^bBvacizumab + Paclitaxel oder Bevacizumab + Capecitabin; ^cOlaparib auch bei Keimbahn PALB2 Mutation oder somatischer BRCA1/2 Mutation (AGO+); ^dEinsatz bisher nicht genutzter Substanzen oder Regime.

Was könnte sich ändern?



TROPION-Breast01(Phase III) – Datopotamab Deruxtecan Versus Chemotherapy

- ER+/HER2- metastasiert (n = 732)

- Progress nach ET + CT

- Dato-DXd vs. CT

- PFS: 6,9 vs. 4,9 Monate; HR 0,63

- OS: HR 0,84 ns

- AE ≥ 3 20,8 vs. 44,7%

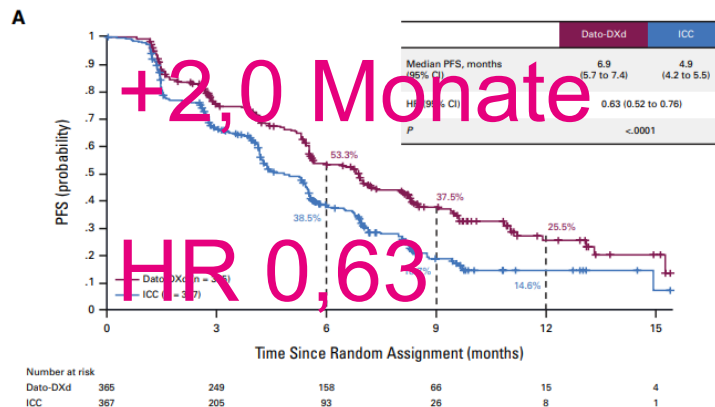
- Nausea 1,4 vs. 0,6%

- Stomatitis 6,4 vs. 2,6%

- Keratitis 0,6 vs. 0%

- Neutropenie 1,1 vs. 30,8%

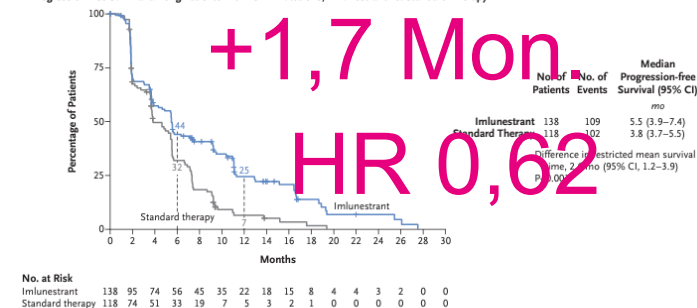
- Therapieabbruch: 2,5% vs. 2,6%



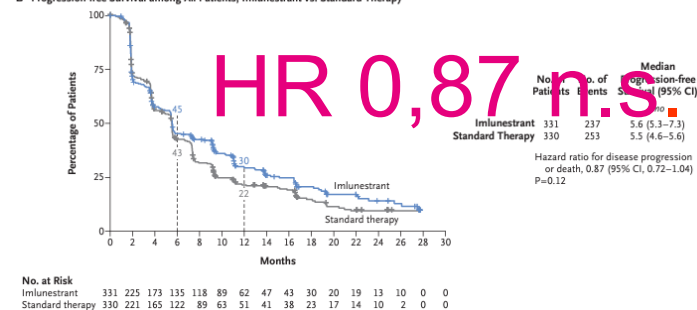
Imlunestrant with or without Abemaciclib in Advanced Breast Cancer

- ER+ HER2- metastasiert (n=874; 235 *ESR1m*)
 - Progress unter / nach AI +/- CDK4/6i
 - Imlunestrant vs. ET vs. Imlunestrant + Abemaciclib
- PFS 5.6 vs. 5.5 Monate; HR 0.87 n.s.
 - ESR1m* 5,5 vs. 3,8 Monate; HR 0,62
- Imlu+/-Abema PFS 5,5 vs. 9,4 Monate; HR 0,57
 - Ungeachtet *ESR1* oder *PIK3CA*-Mutation
- Grad III/IV Toxizität
 - 17,1% vs. 20,7% vs. 48,6%
- Studienabbruch
 - 4,3% vs. 1,2% vs. 6,3%
- „Imlunestrant, as monotherapy or in combination with abemaciclib, provides an oral targeted-therapy option after progression“

A Progression-free Survival among Patients with *ESR1* Mutations, Imlunestrant vs. Standard Therapy



B Progression-free Survival among All Patients, Imlunestrant vs. Standard Therapy



First-Line Camizestrant for Emerging ESR1-Mutated Advanced Breast Cancer

- ER+/HER2- metastasiert postmenopausal (n = 315)
 - ESR1*^{mut} in 1st line (n=3256 q 3-4 Mon. getestet) unter AI + CDK4/6i
 - Camizestrant + CDK4/6i vs. AI + CDK4/6i

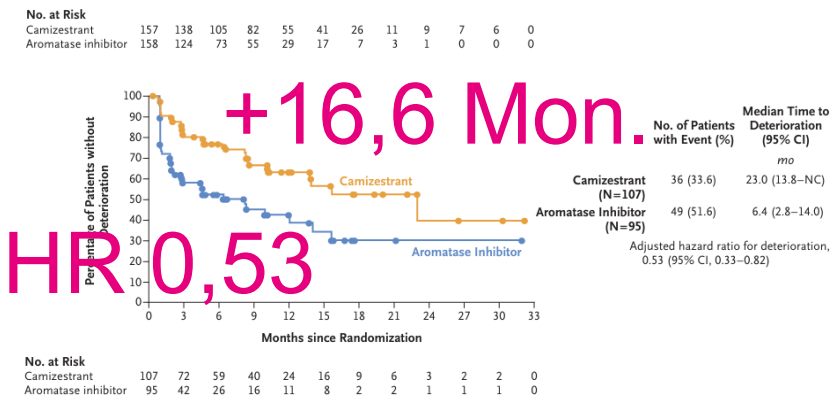
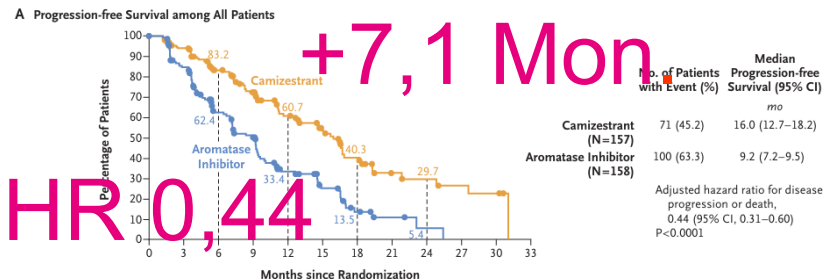
■ PFS 16,0 vs. 9,1 Monate

■ HR 0,44

■ TTDQoL 23 vs. 6,4 Monate

■ HR 0,53

■ Studienabbruch 1,3% vs. 1,9%



HER2+

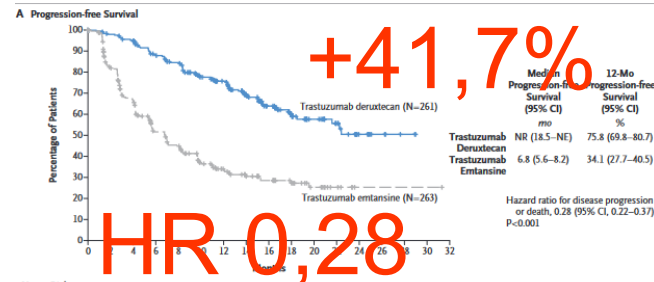


5.25	Evidenzbasierte Empfehlung	geprüft 2025
Empfehlungsgrad B	Bei einem metastasierten HER2-positiven Mammakarzinom sollte in der Erstlinientherapie eine duale Blockade mit Trastuzumab / Pertuzumab und einem Taxan eingesetzt werden.	
Level of Evidence 1	[1171] , [1167] , [1173]	
	Starker Konsens	

5.26	Evidenzbasierte Empfehlung	modifiziert 2025
Empfehlungsgrad B	Bei Patientinnen mit einem HER2-positiven metastasierten Mammakarzinom sollte in der Zweitlinientherapie bevorzugt eine Therapie mit Trastuzumab-Deruxtecan oder alternativ die Kombination Tucatinib + Trastuzumab + Capecitabin eingesetzt werden.	
Level of Evidence 1	[1174]	
	Starker Konsens	

DESTINY-Breast03 – T-DXd vs. T-DM1

- HER2+ metastasiert (n=524)
 - Trastuzumab Deruxtecan vs. T-DM1
- ORR 79,7 % vs. 34,2%
- 12-Monate PFS: 75,8% vs. 34,1%
 - HR 0,28 (0,22-0,37)
- OS 94,1% vs. 85,9%
 - HR 0,55 (0,36-0,86)
- AE Grad 3/4 45,1% vs. 39,8%
 - Lungenfibrose: 10,5% vs. 1,9%



No. at Risk

Subgroup	Trastuzumab deruxtecan	Trastuzumab emtansine
Trastuzumab deruxtecan	261	263
Trastuzumab emtansine	263	263

B Progression-free Survival in Prespecified Subgroups

Subgroup	No. of Patients	No. of Events/No. of Patients	Median Progression-free Survival (95% CI) mo	Hazard Ratio for Disease Progression or Death (95% CI)
All patients	87/261	158/263	NE (18.5–NE) 6.8 (5.6–8.2)	0.28 (0.22–0.37)
Hormone receptor status				
Positive	272	46/133	22.4 (17.7–NE) 6.9 (4.2–9.8)	0.32 (0.22–0.46)
Negative	248	41/126	NE (18.0–NE) 6.8 (5.4–8.3)	0.30 (0.20–0.44)
Previous pertuzumab treatment				
Yes	320	57/162	NE (18.5–NE) 6.8 (5.4–8.3)	0.30 (0.22–0.43)
No	204	30/99	NE (16.5–NE) 7.0 (4.2–9.7)	0.30 (0.19–0.47)
Visceral disease				
Yes	384	72/195	22.2 (16.5–NE) 5.7 (4.2–7.0)	0.28 (0.21–0.38)
No	140	15/66	NE (NE–NE) 11.3 (6.8–NE)	0.32 (0.17–0.58)
Lines of previous therapy				
0 or 1	258	46/132	22.4 (17.9–NE) 8.0 (5.7–9.7)	0.33 (0.23–0.48)
≥2	266	41/129	NE (16.8–NE) 5.6 (4.2–7.1)	0.28 (0.19–0.41)
Stable brain metastases				
Yes	114	31/62	15.0 (12.6–22.2) 5.7 (2.9–7.1)	0.38 (0.23–0.64)
No	410	56/199	NE (22.4–NE) 7.0 (5.5–9.7)	0.27 (0.19–0.37)

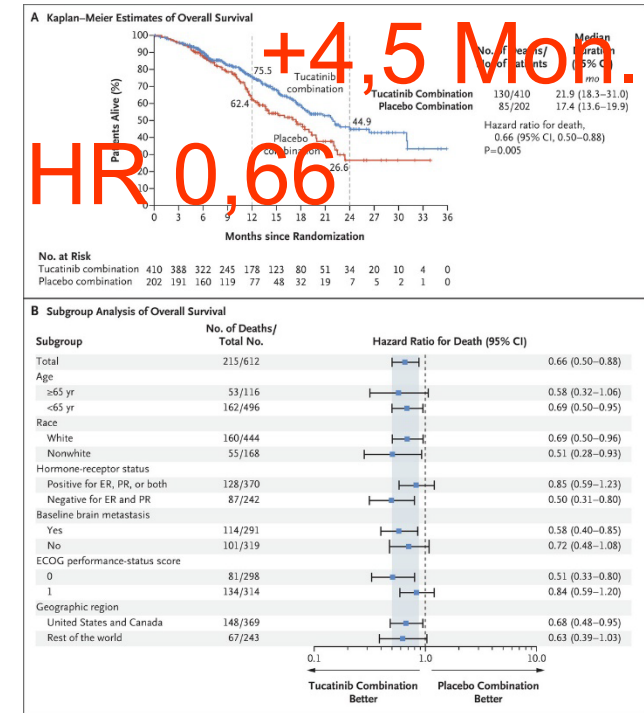
0.0 0.5 1.0 1.5 2.0

Trastuzumab Deruxtecan Better

Trastuzumab Emtansine Better

HER2CLIMB – Tucatinib

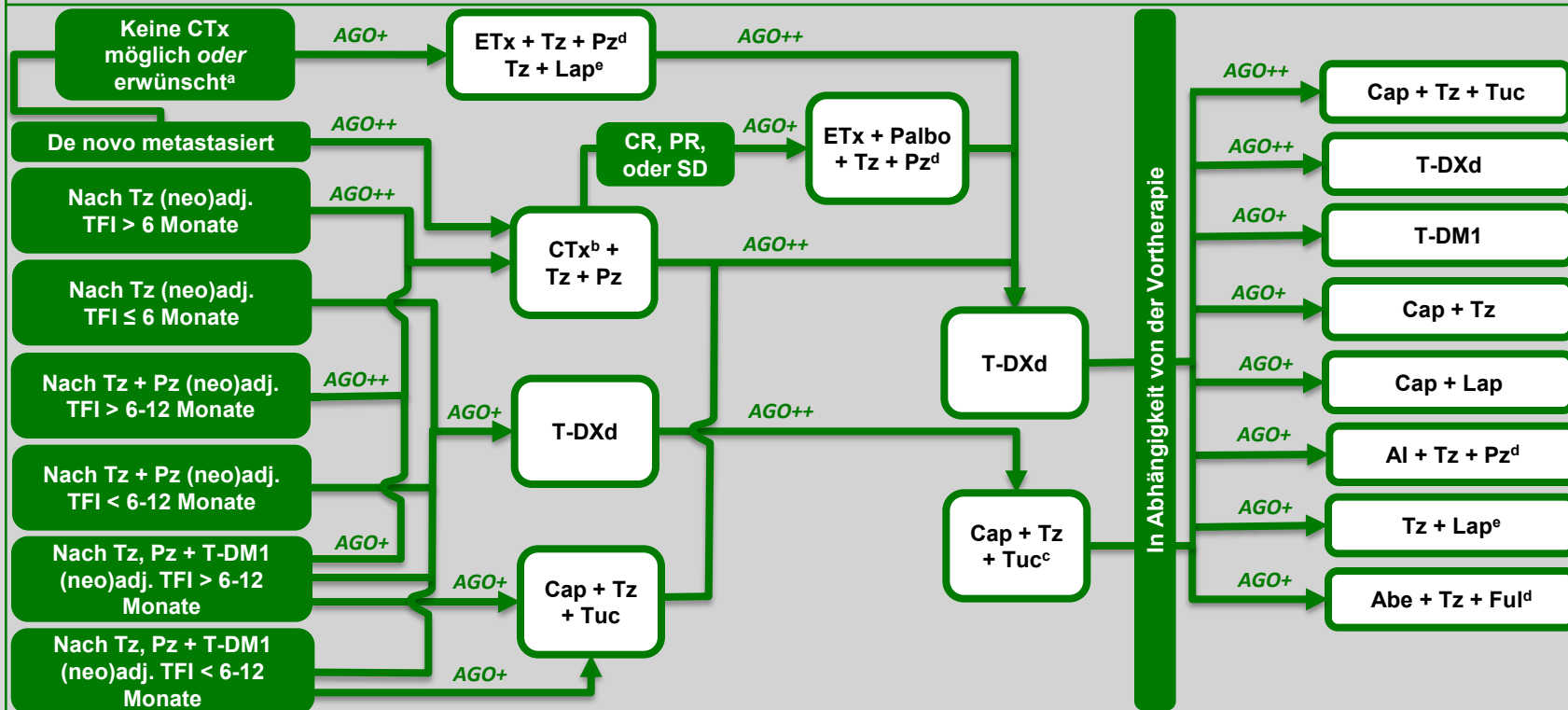
- HER2+ metastasiert (n=612)
 - Ausgedehnt vorbehandelt u.a. T-DM1
 - Trastuzumab/Capecitabine +/- Tucatinib
- PFS: HR 0,54; +2,2 Monate
- **OS: HR 0,66; +4,5 Monate**
- **Hirnmetastasen**
 - **PFS: HR 0,48; +2,2 Monate**
- Grad 3/4 Diarrhoe: 12,9% vs. 8,6%
- Studienabbruch: 5,7% vs. 3%



HER2-positives, metastasiertes Mammakarzinom

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2025.1D



Abe, Abemaciclib; AI, Aromatasehemmer; Cap, Capecitabin; CR, complete response; CTx, Chemotherapie; ETx, endokrine Therapie; Ful, Fulvestrant; HER2, humaner epithelialer Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; HR, Hormonrezeptor; Lap, Lapatinib; Palbo, Palbociclib; PR, partial response; Pz, Pertuzumab; SD, stable disease; T-DM1, Trastuzumab Emtansin; T-DXd, Trastuzumab Deruxtecan; TFI, treatment-free interval; Tuc, Tucatinib; Tz, Trastuzumab; ^akein Überlebensvorteil, CTx in Erwägung ziehen; ^bDocetaxel oder Paclitaxel (AGO++), nab-Paclitaxel (AGO+), Vinorelbin (AGO+, nur sekundär metastasiert); ^cnur nach T-DM1; ^dnur HR positiv; ^enur HR negativ.

Was könnte sich ändern?



Trastuzumab Deruxtecan plus Pertuzumab for HER2-Positive Metastatic Breast Cancer

- 1st line HER2+ (n=770)
- T-DXd + Pertuzumab vs. THP

PFS 40,7 vs. 26,9 Monate

HR 0,56

- ORR 85,1 vs. 78,6%

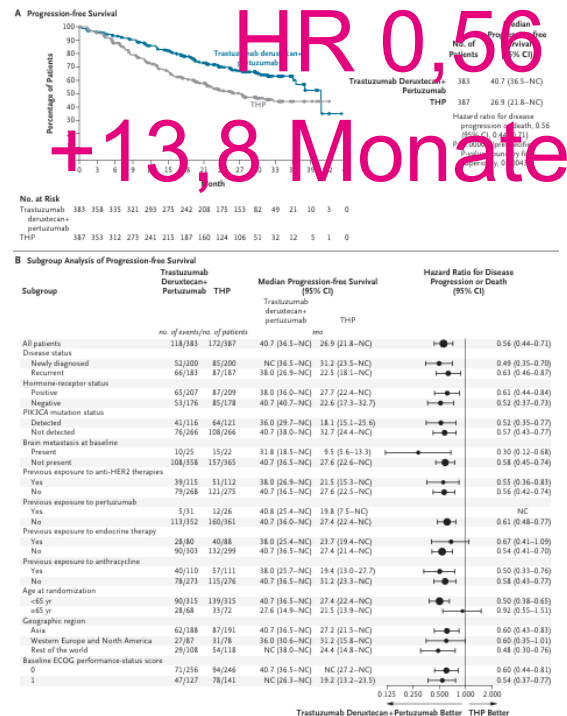
DOR 39,2 vs. 26,4 Monate

AE ≥ 3: 63,5 vs. 62,3

Pneumonitis: 12,1 vs. 1%

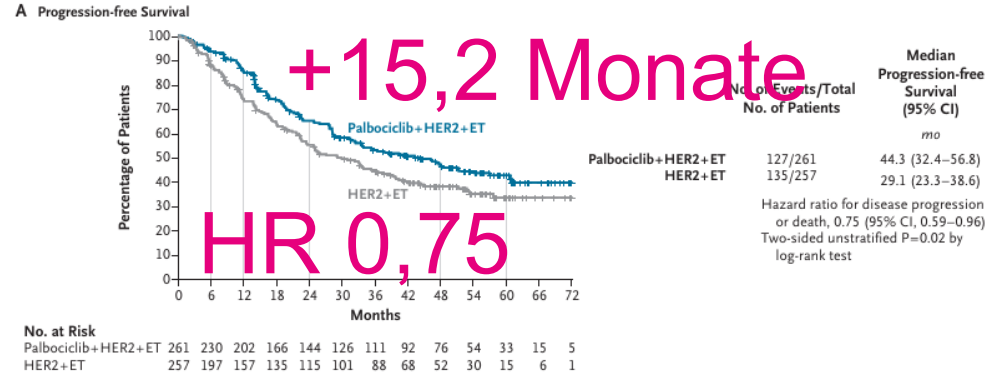
Abbruch: 20,7 vs. 28,3%

- „Trastuzumab deruxtecan plus pertuzumab led to a significantly lower risk of progression or death than THP...“



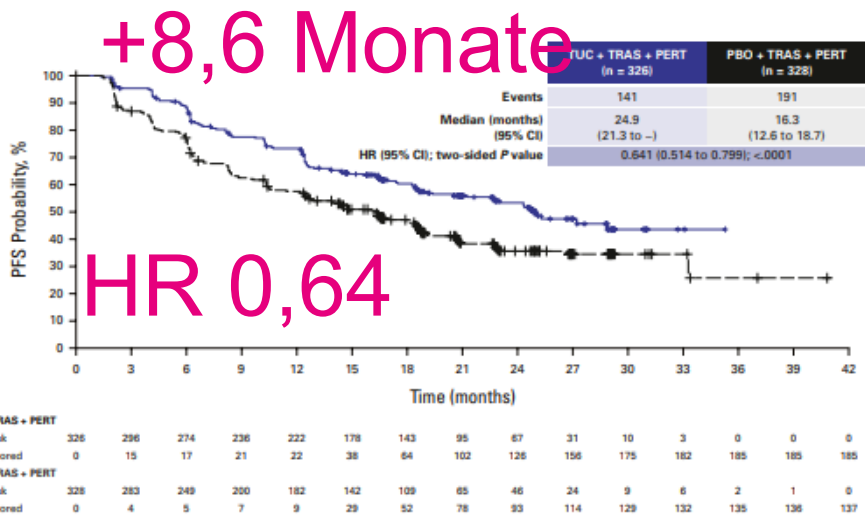
Palbociclib for Hormone-Receptor–Positive, HER2-Positive Advanced Breast Cancer

- Erhaltungstherapie metastasiert HR+/HER2+ (n=518)
- Tras/Per/ET +/- Palbociclib
 - **PFS 44,3 vs. 29,1 Monate**
 - **HR 0.75**
- **AE ≥ 3: 89,7% vs. 34,2%**
- ORR: 32,9% vs. 24,8%
- „... addition of palbociclib to maintenance anti-HER2 and endocrine therapies led to a significant improvement...”



HER2CLIMB-05: A Phase III Study of Tucatinib Versus Placebo in Combination With Trastuzumab and Pertuzumab as First-Line Maintenance Therapy for HER2+ Metastatic Breast Cancer

- Erhaltungstherapie metastasiert HER2+ (n=654) **A**
- Trastuzumab/Pertuzumab +/- Tucatinib
- **PFS 24,9 vs. 16,3 Monate**
 - **HR 0,64**
- AE ≥ 3: 42,3% vs. 24,4%
- „... option for 1L maintenance therapy in patients with HER2+ MBC “



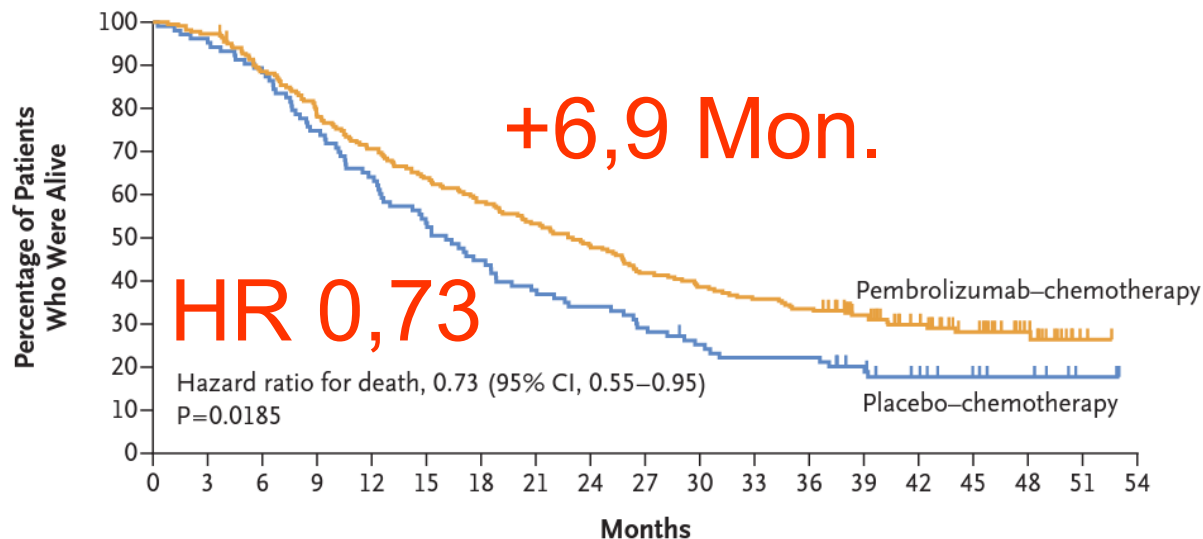
TNBC



5.46	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	Patientinnen mit triple-negativem fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit positivem PD-L1 Status sollen mit Pembrolizumab + Chemotherapie (Paclitaxel, nab-Paclitaxel oder Carboplatin/Gemcitabine) bei Combined positive score ≥ 10 oder alternativ mit Atezolizumab + nab-Paclitaxel bei IC $\geq 1\%$ als Erstlinientherapie behandelt werden.	
Level of Evidence ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖	[1167], [1264], [582], [1265], [581], [1266], [1267], [1174] ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖: siehe Evidenzbericht oder die zusammenfassenden Evidenzkurzprofile zu Atezolizumab und Pembrolizumab	
	Starker Konsens	

KEYNOTE-355 – OS bei CPS ≥ 10

A Overall Survival in the CPS-10 Subgroup



No. at Risk

Pembrolizumab–chemotherapy	220	214	193	171	154	139	127	116	105	91	84	78	73	59	43	31	17	2	0
Placebo–chemotherapy	103	98	91	77	66	55	46	39	35	30	25	22	22	17	12	8	6	2	0

5.47	Evidenzbasierte Empfehlung	neu 2025
Empfehlungsgrad B	Patientinnen mit triple-negativem fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach Vorbehandlung mit 2 Chemotherapien, darunter mindestens 1 gegen die fortgeschrittene Erkrankung, sollten mit Sacituzumab Govitecan behandelt werden.	
GRADE ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖	[1167] , [1278] , [1279] , [1174] ⊕⊕⊕⊕ bis ⊕⊕⊖⊖: siehe Evidenzbericht oder das zusammenfassende Evidenzkurzprofil zu Sacituzumab Govitecan	
	Starker Konsens	

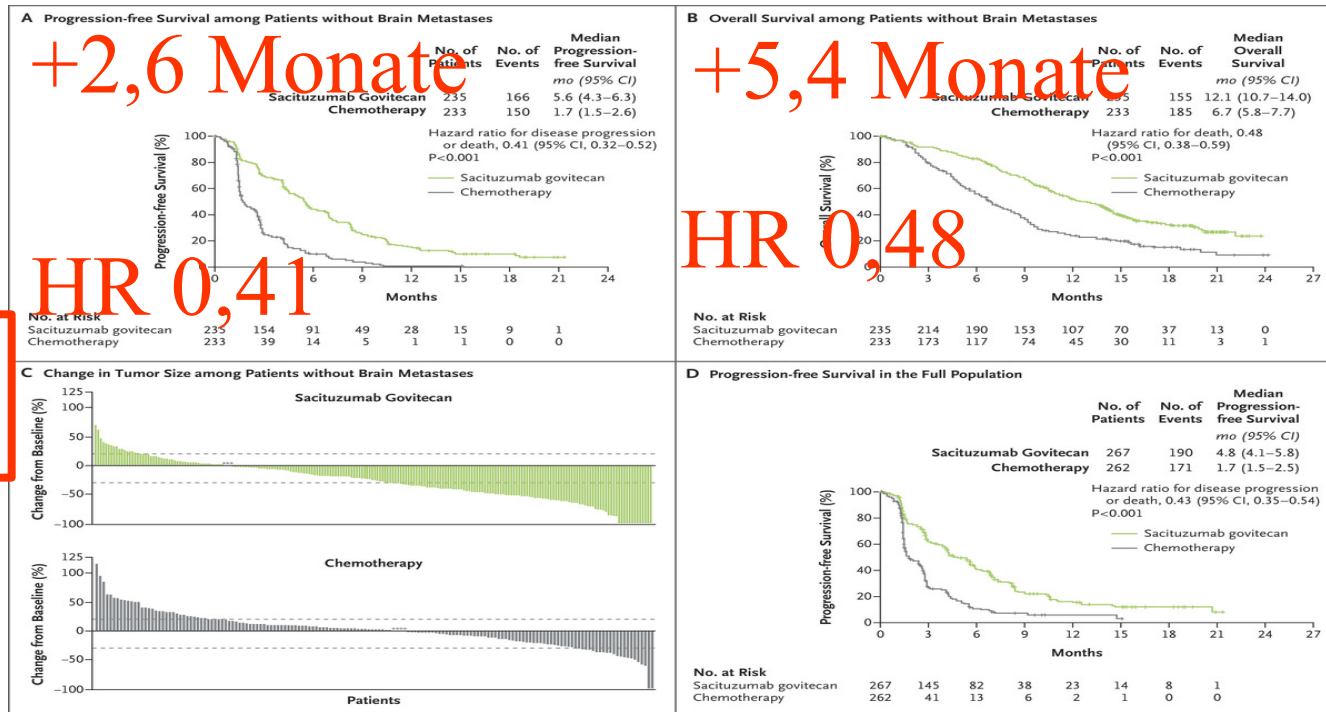
ASCENT - Sacituzumab Govitecan

- TNBC (n=468)
 - SG vs. PC

- PFS:
 - 4,3 v 1,7 M
 - HR 0,41

- OS
 - 12,1 v 6,7 M
 - HR 0,48

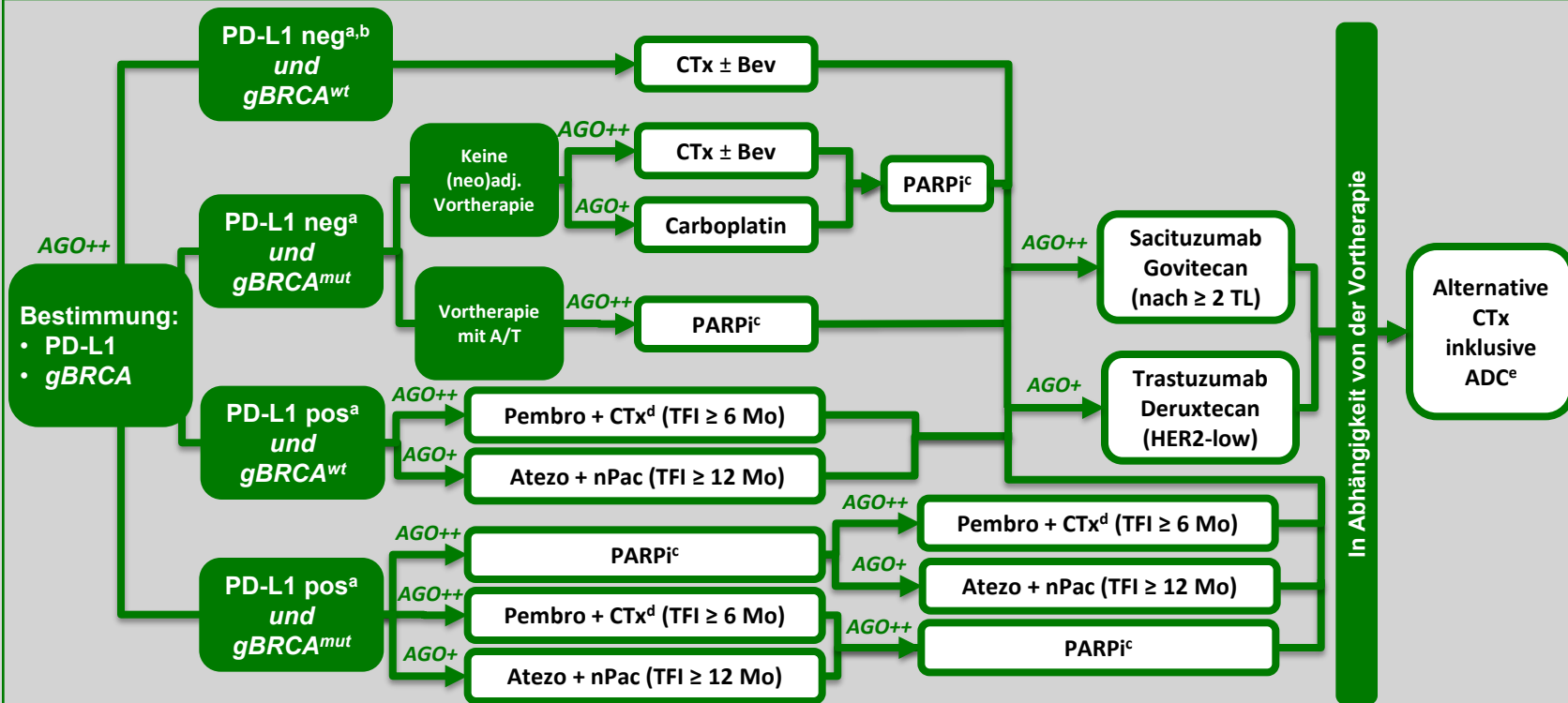
- Neutropenie +
Diarrhoe



Triple-negatives, metastasiertes Mammakarzinom

© AGO e. V.
in der DGGO e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2025.1D



A, Anthrazyklin; Atezo, Atezolizumab; ADC, antibody drug conjugate; Bev, Bevacizumab; CTx, Chemotherapie; gBRCA^{mut}, Keimbahn BRCA Mutation; gBRCA^{wt}, Keimbahn BRCA Wildtyp; Mo, Monate; neg, negativ; nPac, nab-Paclitaxel; PARPi, PARP Inhibitor; Pembro, Pembrolizumab; PD-L1, programmed cell death ligand 1; pos, positiv; T, Taxan; TFI, Therapie-freies Intervall nach Ende CTx (keine Vorbehandlung mit Checkpoint-Inhibitor; TL, Therapielinie; ^afür Pembro: CPS < 10 (neg) oder CPS ≥ 10 (pos), für Atezo: IC < 1% (neg), IC ≥ 1% (pos); ^bPD-L1 pos mit einem TFI < 6-12 Monate; ^cOlaparib auch bei Keimbahn PALB2^{mut} oder somatischer BRCA^{mut} (AGO+); ^dnPac, Pac oder Carboplatin + Gemcitabin; ^eEinsatz bisher nicht genutzter Substanzen oder Regime.

Was könnte sich ändern?



Sacituzumab Govitecan in Untreated, Advanced Triple-Negative Breast Cancer - ASCENT-03

- 1st line TNBC PD-L1-negativ (n=558)
 - Sacituzumab Govitecan vs. Chemotherapie

PFS 9,7 vs. 6,9 Monate

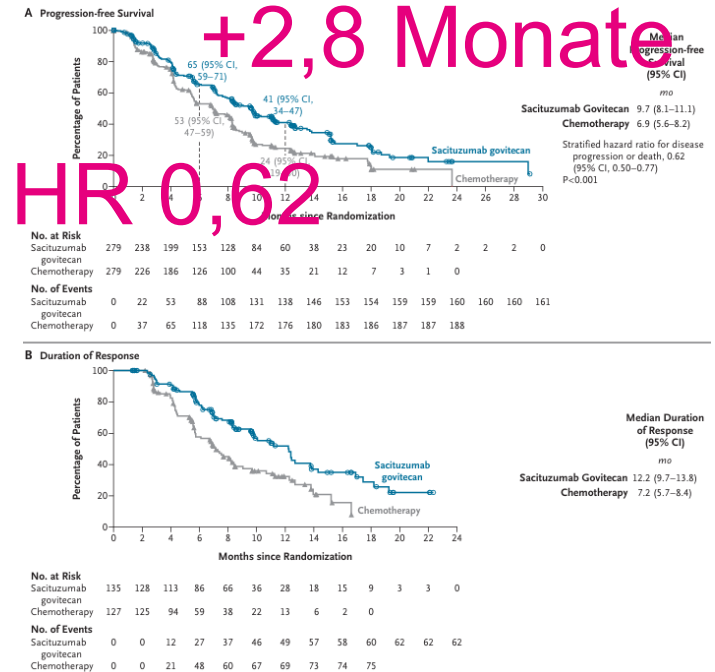
HR 0,62

ORR 48 vs. 46%

DOR 12,2 vs. 7,2 Monate

Febrile Neutropenie: 43 vs. 41%

Abbruch: 4 vs. 12%



Sacituzumab Govitecan plus Pembrolizumab for Advanced Triple-Negative Breast Cancer

- Tolaney et al, N Engl J Med 394:354-366, 2026

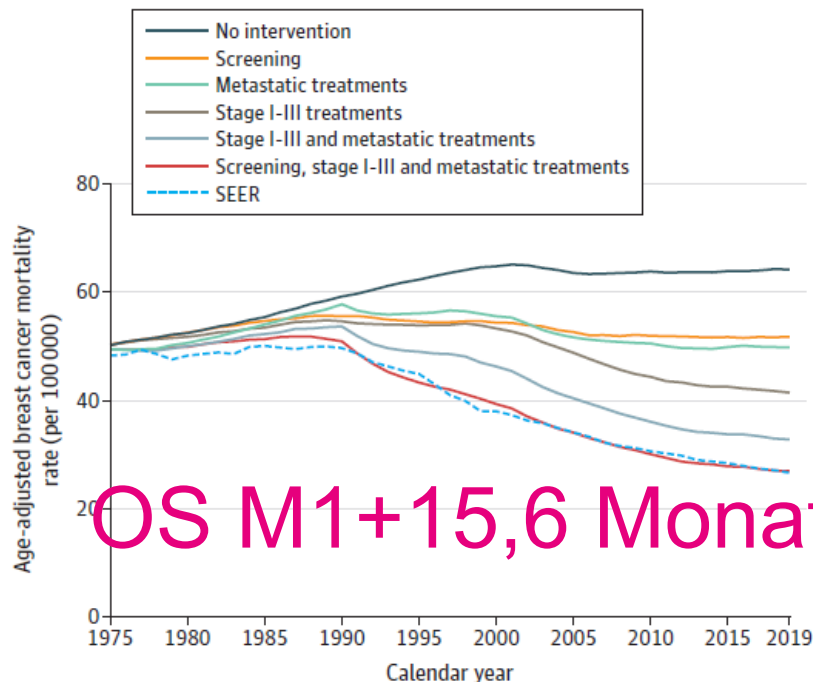
Was bringt das für die Routineversorgung?



Analysis of Breast Cancer Mortality in the US—1975 to 2019

- 4 Simulationsmodelle
- Brustkrebsmortalität um 58% reduziert, davon:
 - 29% Therapie metastasiert
 - 47% Therapie (neo)adjuvant
 - 25% Mammographiescreening
- OS-Verlängerung metastasiert 2000-2019: **+15,6 Monate**

A Model-estimated mean age-adjusted breast cancer mortality



OS M1+15,6 Monate

Metastatic Breast Cancer: Prolonging Life in Routine Oncology Care

- Metastasiertes Mammakarzinom
1995-2022 (n=1610)
- OS kontinuierlich verlängert von **31,6**
auf **48,4 Monate**
- Medianes OS nach Subtypen:
 - HR+ HER2+ 52,3 Monate
 - HR+ HER2- 41,1 Monate
 - HR- HER2+ 36,6 Monate
 - HR- HER2- 19,9 Monate

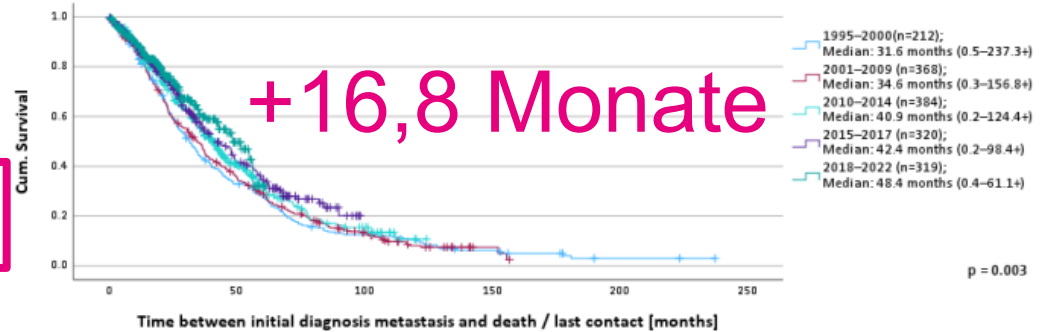
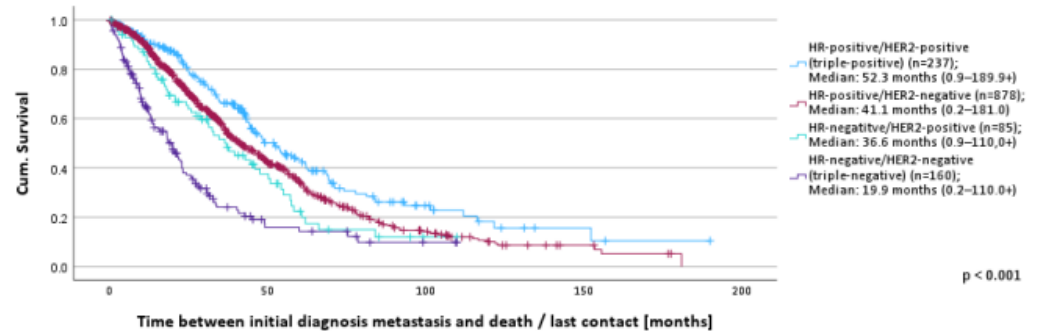


Figure 1. OS according to time of MBC diagnosis.



Grundsätze der metastasierten Therapie und Update 2026?

Überlebensverlängerung durch eine Fülle von gezielten Optionen!



MAMMAKARZINOM STATE OF THE ART

14.03.2026

HYBRID VERANSTALTUNG – SAVE THE DATE

Melia Frankfurt City & Livestream

www.ago2026.de



Hybrid Veranstaltung
Melia Frankfurt City
& Livestream
www.ago2026.de



Vorstellung und Diskussion
der wichtigsten Änderungen
der AGO Empfehlungen



Breakout-Sessions
zur Diskussion im
kleinen Kreis



On-demand Video-Library
und Empfehlungsslides sind
im Anschluss verfügbar unter
www.ago2026.de



Für die Veranstaltung
sind CME-Punkte
beantragt

Vielen Dank!

GBG

GERMAN
BREAST
GROUP



23. ANNUAL SCIENTIFIC MEETING

Der Inhalt ist urheberrechtlich geschützt und liegt in der Verantwortung des Autors. Eine Weiterverwendung ist nur mit Genehmigung zulässig.
Content of this presentation is copyright and responsibility of the author. Permission is required for re-use. / 2026

Cancer Immunotherapy 3

Marcus Schmidt
Rita Nanda *Editors*

Breast Cancer Immunotherapy

 Springer