



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG



# NEWSLETTER

UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK | AUSGABE 03 | SEPTEMBER

SEHR GEEHRTE, LIEBE FRAU KOLLEGIN,  
SEHR GEEHRTER, LIEBER HERR KOLLEGE,

auch in unserer aktuellsten Ausgabe des Newsletters möchten wir wieder auf spannende teils neue teils bereits bekannte Themen der Onkologie und insbesondere im Bereich des Mammakarzinoms eingehen.

Mit der „PHERGain“-Studie nimmt das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen an einer neuen, sehr spannenden internationalen Studie zur Möglichkeit der Deeskalation der neoadjuvanten Chemotherapie beim frühen HER2-positivem Mammakarzinom teil. In der CATCH-Studie erhalten Patientin mit metastasiertem Mammakarzinom die Möglichkeit, individuell zugeschnittene Therapiekonzepte anhand ihres Metastasengenoms zu erhalten.

Details zu den Studien und welche Patientinnen eingeschlossen werden können finden sie in den anschließenden Artikeln.

Auch zum Thema Mammadiagnostik finden sie zwei Beiträge. Zum einen möchten wir die Rolle der Tomosynthese im klinischen Alltag weiter erläutern, zum anderen nehmen wir zu zwei aktuellen kritischen Veröffentlichungen zum Mammographiescreening in den Niederlanden Stellung.

Zum Abschluss werden in einem Ausblick neueste, noch nicht veröffentlichte Daten zur möglichen Rolle der minimal-invasiven Chirurgie beim Zervixkarzinom präsentiert.

Ich freue mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. C. Sohn

## INHALT/THEMEN

- > „PHERGain“ – aktuelle Studie beim frühen HER2-positivem Mammakarzinom am NCT Heidelberg
- > Personalisierte Onkologie beim metastasierten Brustkrebs am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg - comprehensive assessment of clinical features and biomarkers to identify patients with advanced or metastatic breast cancer for marker driven trials in humans (CATCH)
- > Tomosynthese im Klinikalltag
- > Die Medical Tribune und die Zeit berichten irreführend über das holländische Mammographiescreeningprogramm
- > Klinische Studie “laparoscopic approach to cervical cancer (LACC) trial”

## > Termine

Im Neuenheimer Feld 440  
69120 Heidelberg  
Tel: +49 6221 56-7901  
Fax: +49 6221 56-  
www.klinikum.uni-



## „PHERGAIN“ – AKTUELLE STUDIE BEIM FRÜHEN HER2-POSITIVEM MAMMAKARZINOM AM NCT HEIDELBERG

F. Cohrs, Dr. med. F. Riedel

Die Sektion für Medikamentöse Gynäkologische Onkologie des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT) und der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg unter Leitung von Herrn Prof. Andreas Schneeweiss beteiligt sich aktuell an einer innovativen Response-gesteuerten Studie beim frühen HER2-positivem Mammakarzinom im neoadjuvanten Setting. Herr Prof. Frederik Marmé als Leiter der Sektion Translationale Gynäkologische Onkologie ist federführend an der Konzeption der Studie beteiligt.

Die bereits rekrutierende Studie ist vor dem Hintergrund von bisherigen, vielversprechenden Studienergebnissen konzipiert worden, die gezeigt haben, dass ein relevanter Anteil von Patientinnen mit frühem HER2-positivem Mammakarzinom unter alleiniger neoadjuvanter, dualer Antikörper-Blockade mit Pertuzumab und Trastuzumab, d.h. ohne begleitende neoadjuvante Chemotherapie, eine pathologische Komplettremission (pCR) erreichen kann (Lombart-Cussac et al. 2018; Gianni et al. 2012). Mittels <sup>18</sup>F-Fluorodesoxyglucose-Positronen-Emissions-Computertomographie (PET-CT), d.h. im Sinne einer metabolischen Bildgebung, soll das frühe Ansprechen und die Wahrscheinlichkeit einer pCR vorhergesagt werden, um sehr früh in der Therapie Gruppen von Patientinnen besser zu identifizieren, bei welchen ein Chemotherapie-freies neoadjuvantes Antikörper-Regime ohne Einbußen der onkologischen Sicherheit möglich ist und damit bei diesen Patientinnen die Übertherapie bzw. Morbidität einer Chemotherapie vermieden werden kann (Coudert et al. 2014).

Die Studie ist als randomisiert-kontrollierte, open-label Multicenter-Phase II-Studie konzipiert, welche Patientinnen mit frühem, histologisch gesichertem, HER2-positivem, operablem Mammakarzinom einschließt (cT1-3 und/oder cN0-2). Das Studiendesign ist anspruchsvoll: Die Patientinnen werden in einem 1:4-Verhältnis in 2 Gruppen randomisiert und erhalten, stratifiziert nach Hormonrezeptor-Status, entweder ein reguläres Regime mit Docetaxel, Carboplatin, Trastuzumab und Pertuzumab (TCbHP) (Gruppe A) oder lediglich eine duale Antikörper-Blockade mit Trastuzumab und Pertuzumab ± eine endokrine Therapie (abhängig vom Hormonrezeptor-Status) (Gruppe B). Eine zusätzliche dritte Gruppe

(C) beinhaltet Patientinnen mit subklinischem M1-Status, welche mit 6 Zyklen TCbH/Per behandelt werden.

In beiden Gruppen werden PET-CT-Scans vor Randomisierung und Therapiebeginn (als Baseline) sowie nach 2 abgeschlossenen Therapiezyklen durchgeführt, welche zentral befundet werden. Patientinnen der Gruppe A erhalten insgesamt 6 Zyklen TCbHP unabhängig vom PET-CT-Ergebnis. Patientinnen der Gruppe B, welche eine Reduktion der maximalen SUV (standardized uptake value) von mindestens 40 % im PET-CT zeigen (sog. Untergruppe der PET-Responder) führen die Therapie für insgesamt 8 Zyklen mit nur Trastuzumab und Pertuzumab fort. Bei fehlendem Ansprechen (sog. Untergruppe der PET non-Responder) wird auf 6 Zyklen TCbHP umgestellt. Nach der operativen Therapie erhalten die PET-Responder der Gruppe B, welche keine pCR erreicht haben, ebenfalls 6 Zyklen TCbHP. Zusätzlich erhalten alle Patientinnen eine Komplettierung auf insgesamt 18 Zyklen dualer Antikörper-Blockade, sowie ggfs. leitliniengemäß eine adjuvante endokrine Therapie (bei positivem Hormonrezeptor-Status) und/oder Radiotherapie nach Standard. Begleitende Biopsien des Tumors sollen das Abgleichen der Bildgebung mit dem pathologischen Ansprechen ermöglichen.

Primärere Studienendpunkte sind das Erreichen einer pCR in Brust und Axilla (definiert als ypT0/is ypN0) unter alleiniger Trastuzumab/Pertuzumab-Therapie (PET-Responder der Gruppe B) sowie das invasive, krankheitsfreie Überleben über 3 Jahre (3y-iDFS) in der gesamten Gruppe B.

Als sekundäre Endpunkte sollen u.a. zusätzliche Definitionen der pCR, die Raten der brusterhaltenden Operation sowie das Tumorsprechen mittels PET-CT selbst (d.h. ein optimaler <sup>18</sup>F-FDG PET cut-off und andere technische Parameter zur Vorhersage einer pCR mittels <sup>18</sup>F-FDG PET CT) evaluiert werden.

An der Patienten-Rekrutierung beteiligen sich neben dem NCT Heidelberg über 50 weitere onkologische Spitzenzentren in ganz Europa. Insgesamt sollen n=400 Patientinnen eingeschlossen werden.

Insgesamt handelt es sich bei der PHERGain um eine wegweisende Studie, um die Möglichkeiten einer Deeskalation der Therapie durch in-vivo Sensitivitätstestung mittels metabolischer Bildgebung beim frühen HER2-positivem Mammakarzinom zu evaluieren.

Die Rekrutierung der Studie läuft aktuell: Falls Sie eine Patientin mit neu diagnostiziertem HER2 positivem Mammakarzinom betreuen, würden wir uns freuen, wenn Sie diese

an das Brustzentrum Heidelberg bzw. das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen weiterleiten würden, damit wir mit der Patientin die Möglichkeit der Studienteilnahme besprechen können. Unter Umständen können wir dieser Patientin eine Chemotherapie ersparen.

Für Rückfragen, z.B. zu den Details der Einschlusskriterien, stehen wir selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Ansprechpartner:

Prof. Dr. med. Andreas Schneeweiß  
andreas.schneeweiss@med.uni-heidelberg.de

## PERSONALISIERTE ONKOLOGIE BEIM METASTASIIERTEN BRUSTKREBS AM NATIONALEN CENTRUM FÜR TUMORERKRANKUNGEN (NCT) IN HEIDELBERG - COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF CLINICAL FEATURES AND BIOMARKERS TO IDENTIFY PATIENTS WITH ADVANCED OR METASTATIC BREAST CANCER FOR MARKER DRIVEN TRIALS IN HUMANS (CATCH)

*Dr. med. Sunhwa Baek*

Brustkrebs ist die krebsbedingte Haupttodesursache bei Frauen in Industrieländern. Während die verbesserte Stratifizierung entsprechend der molekularen Subgruppen in Kombination mit optimierten Behandlungsansätzen zu einem signifikant verlängertem Überleben für Patienten mit frühem Brustkrebs geführt hat, ist metastasierter Brustkrebs im Wesentlichen unheilbar und die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt etwa 20%. Dies ist in erster Linie auf die Therapieresistenz zurückzuführen, welche normalerweise mit jeder einzelnen Behandlungslinie zunimmt und vorwiegend auf der hohen Intra- und Inter-Tumor-Heterogenität basiert. Konventionelle diagnostische Verfahren waren bisher nicht in der Lage, diese Heterogenität zu erfassen. Der rapide wissenschaftliche Erkenntnisgewinn zu den molekularen Ursachen von Krebserkrankungen erlaubt es inzwischen jedoch Ansätze der personalisierten Onkologie (sogenannte Präzisionsonkologie) in den klinischen Alltag einzubinden. Hierbei sollen Patienten entsprechend der spezifischen Veränderungen ihres Tumors mit einer maßgeschneiderten, zielgerichteten Therapie behandelt werden. Durch diese neuartige Behandlungsstrategie könnte nicht nur die

Effizienz gesteigert, sondern Resistenzbildungen sowie Über- und Untertherapien verringert werden. Gleichzeitig würde sich das Nebenwirkungsprofil verbessern, da die Therapien spezifischer auf die molekularen Charakteristika der Krebserkrankung zugeschnitten sind.

Zu diesem Zweck wurde am NCT Heidelberg, welches eine gemeinsame Einrichtung des Universitätsklinikums Heidelberg (UKHD) und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ, HIPO) ist, das Präzisionsonkologie-Programm CATCH (Comprehensive Assessment of Clinical Features and Biomarkers To Identify Patients with Advanced or Metastatic Breast Cancer for Marker Driven Trials in Humans) unter Leitung von Prof. Dr. Andreas Schneeweiss (UKHD) und Prof. Dr. Peter Lichter (DKFZ) für Patienten mit metastasiertem Brustkrebs initiiert.

Das CATCH - Programm verfolgt zwei Hauptziele: Zum einen soll durch die umfassende klinische und molekulare Charakterisierung des Metastasengewebes mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung ein unmittelbarer Nutzen für die Patienten mit metastasierten Brustkrebs erzielt werden, indem basierend auf den genomischen Veränderungen molekulare Angriffspunkte und Biomarker identifiziert werden, die eine zielgerichtete Behandlung entsprechend des individuellen molekularen Profils des Tumors ermöglichen.

Zweitens sollen mit dieser explorativen Strategie die Grundlagen geschaffen werden, um neue prognostische und prädiktive Biomarker zu identifizieren, diagnostische Verfahren zu etablieren und neue therapeutische Angriffspunkte zu definieren.

Die Einschlusskriterien der Studie sind breit gefasst, da alle Patienten mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom (unabhängig von klinischen Parametern wie TNM und Subgruppen), welche am NCT behandelt werden, in die Studie eingeschlossen werden können, so dass seit 2017 über 100 Patienten in der gynäkologischen Onkologie am NCT in die CATCH Studie eingeschlossen wurden. Die Studienteilnehmer erhalten als Basis zur genauen Charakterisierung der aktuellen Krebserkrankung entsprechend dem Standardvorgehen eine Biopsie einer Metastase. Hierbei wird auch für die CATCH-Studie Tumormaterial entnommen. An diesem Metastasengewebe wird eine komplette Erbgutanalyse (Whole-Genome oder Ganzgenom-Sequenzierung) durchgeführt, die die genetische Vielfalt der Metastase erfasst und das Muster der Aktivität bestimmter Gene und Signalwege beschreibt (RNA-Sequenzierung). Die Ergebnisse dieser



molekularen Analysen werden nach Einbindung weiterer therapie-relevanter Informationen wie z.B. immuno-logischer Faktoren in einem molekularen Tumor-board diskutiert, welches mit Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen (Onkologen, Molekularbiologen, Bioinformatikern, Humangenetikern, Pathologen) besetzt ist. Durch dieses Experten-gremium werden auf Basis dieser Analysen unter Berücksichtigung von klassischen Parametern innovative Therapien für die individuelle Patientin nach klinischer Relevanz diskutiert, welche durch den Einschluss in Biomarker-stratifizierte weiterführende Studienkonzepte oder auch in Form von individuellen Heilversuchen außerhalb der zugelassenen Indikation umgesetzt werden können.

Ansprechpartner  
Dr. med. Sunhwa Baek  
sunhwa.baek@med.uni-heidelberg.de

## TOMOSYNTHESE IM KLINIKALLTAG

*Dr. med. Ch. Gomez*

Die Tomosynthese ist eine Schichtungsmammographie, die die dreidimensionale Darstellung der Brustdrüse ermöglicht. Dabei bewegt sich der Röntgenarm über die Brust und nimmt abhängig vom Gerät bis zu 25 low dose Projektionen auf, die anschließend abhängig von der Dicke der Brust zu ca. 50 Schichtbildern von lateral nach medial (mlo. und ml. Ebene) oder von kaudal nach kranial (cc. Ebene) verarbeitet werden. Zusätzlich ist es möglich, ein 2D Bild zu berechnen, das einen Vergleich mit konventionellen Mammographieaufnahmen erlaubt. Verschiedene europäische randomisierte Studien (Storm Trial, Oslo Trial, Malmö Trial) haben in den letzten Jahren für das Screening gezeigt, dass mit der Tomosynthese 30-40 % mehr Karzinome entdeckt werden konnten als mit der konventionellen digitalen Mammographie. Die Abklärungsrate (Recall-Rate) war bei erstmaligem Einsatz der Tomosynthese im Vergleich zur konventionellen Mammographie etwas erhöht (maximal 5,5%), die Befundungszeit erhöhte sich von knapp einer auf knapp zwei Minuten. Die Ergebnisse dieser Studien im Bereich des Screenings haben Auswirkungen auf die kurative Diagnostik. Über die letzten Jahre wurde die Tomosynthese zunehmend in die Abklärung, Vor-

und Nachsorge integriert, wobei noch keine einheitliche Empfehlungen zum Einsatz der Tomosynthese bestehen.

In der Abklärung von Tast- oder Ultraschallbefunden der Brust bei Frauen ab dem 40. Lebensjahr wird an der Universitätsfrauenklinik eine Tomosynthese in mlo. Ebene bds. sowie eine konventionelle Mammographie der auffälligen Seite in ml. und cc. Ebene durchgeführt. Mit der Tomosynthese wird das Erkennen von Herdbefunden verbessert, die zusätzliche konventionelle Mammographie in zwei Ebenen erlaubt eine bessere räumliche Zuordnung der Läsion und gibt bei Mikroverkalkungen wichtige Zusatzinformationen, da Studien gezeigt haben, dass Mikrokalk in der Tomosynthese „unterschätzt“ werden kann. Stellt sich die Patientin mit einer aktuellen konventionellen Mammographie in mlo. und cc. Ebene in unserer Brustsprechstunde vor, erfolgt die zusätzliche ml. Ebene, die eine eindeutigere räumliche Zuordnung zum US-Befund ermöglicht, als Tomosynthese, um die Ausdehnung der Läsion besser abschätzen zu können und zusätzliche Herde sicherer ausschließen zu können.

Bei der Vor- und Nachsorge sollte der positive Effekt der besseren Karzinomdetektion nicht zu einer höheren Strahlenbelastung führen, sodass in der Universitätsfrauenklinik Heidelberg in der Vor- und Nachsorge eine Tomosynthese pro Seite in mlo. Ebene durchgeführt wird. Diese ergibt eine geringere Strahlenbelastung als die bisher durchgeführte konventionelle Mammographie in mlo. und cc. Ebene. Die zusätzliche Möglichkeit der 2D Bildberechnung erlaubt eine gute Vergleichbarkeit mit den konventionellen Voraufnahmen. Mikrokalk, der in der Tomosynthese nicht sicher eingeschätzt werden kann, wird durch eine zusätzliche Vergrößerungsmammographie abgeklärt.

Es ist zu erwarten, dass es in den nächsten Jahren einheitliche Empfehlungen für den Einsatz der Tomosynthese und/oder der konventionellen Mammographie geben wird. Wie die Tomosynthese im Mammographie-Screening eingesetzt werden soll, wird zur Zeit in der ToSyMa-Studie untersucht.

Ansprechpartner:  
Dr. med. Christina Gomez  
Christina.GomezAndreu@med.uni-heidelberg.de

## DIE MEDICAL TRIBUNE UND DIE ZEIT BERICHTEN IRREFÜHREND ÜBER DAS HOLLÄNDISCHE MAMMO- GRAPHIESCREENINGPROGRAMM

*Dr. med. H. Junkermann*

Die Medical Tribune hat am 15. Januar 2018 unter Bezugnahme auf eine Veröffentlichung von Autier et al. im British Medical Journal (2017;359:5224) behauptet, dass das holländische

Mammographiescreeningprogramm nur einen marginalen Effekt auf die Brustkrebsmortalität habe und U. Bahnsen schloss in der Zeit vom 15. Januar 2018 aus derselben Veröffentlichung, dass die Regierung das Mammografie-Screening für Brustkrebs stoppen müsse. Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil das holländische Programm zu den am besten organisierten Screeningprogrammen mit anerkannter Qualität gehört

Sowohl in der Medical Tribune als auch in der Zeit wurden nicht erwähnt, dass eine schon am 15. August 2017 im International Journal of Cancer (Sankatsing et al. 2017;14:671-677) veröffentlichte Analyse des renommierten Epidemiologischen Institutes der Erasmus-Universität in Rotterdam im Widerspruch dazu bestätigt hat, dass das holländische Programm die erwartete Senkung der Brustkrebsmortalität erzielt.

Wie kann es sein, dass zwei kurz nacheinander in renommierten wissenschaftlichen Zeitschriften erschienene Analysen derselben Fragestellung zu solch gegensätzlichem Ergebnis kommen?

Beide Analysen betrachten dasselbe Screeningprogramm im selben Zeitraum. Autier et al. haben sich bei ihrer Analyse auf allgemein zugängliche Quellen wie Krebsregister beschränkt und die Zeit vor Einführung des Screeningprogramms, während der Einführung und nach der flächendeckenden Einführung betrachtet. Die Einführung des Screeningprogramms hat sich in Holland über ca. 10 Jahre hingezogen. Eine Berücksichtigung des regional unterschiedlichen Beginns der Einladung zum Screening erfolgte bei Autier et al. nicht.

Im Gegensatz zu Autier et al. haben Sankatsing et al. den jeweiligen regionalen Beginn der Einladungen zum Mammographiescreening berücksichtigt. Sie konnten zeigen, dass der erwartete Rückgang fortgeschrittener Karzinome und die resultierende Senkung der Brustkrebsmortalität in enger zeitlicher Korrelation zum Beginn der Einladungen zum Mammographiescreening eingetreten sind. Die Einführung moderner systemischer Therapieverfahren

Seite | 5

erfolgte dagegen landesweit einheitlich und zeitlich unabhängig vom regionalen Beginn des Mammographiescreenings.

Die von Autier et al. angewendete Betrachtung globaler Registerzahlen ohne Berücksichtigung des Beginns des Mammographiescreenings in den eingeladenen Kohorten hat schon wiederholt zu falschen negativen Ergebnissen bezüglich der mortalitätssenkenden Effekte geführt, während detailliertere Analysen die nach den früheren randomisierten Studien erwarteten Effekte bestätigen konnten.

Um dem Anspruch auf umfassende Information ihrer Leserschaft zu genügen, hätte dieser Sachverhalt in der Medical Tribune und in der Zeit angesprochen werden müssen. Die journalistische Sorgfaltspflicht hätte zumindest erfordert, dass auf die kurz zuvor erschienenen gegenteiligen Resultate der Arbeitsgruppe des Epidemiologischen Institutes der Erasmus-Universität hingewiesen worden wäre.

NB: in einer aktuellen Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt (2018;115:481-6) schätzen Stang und Jöckel vom Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universitätsklinikum Essen die erzielbare Senkung der Gesamtmortalität durch Mammographiescreening auf 1,7-1,8% ein, (mehr als Sigmoidoskopie 1,1-1,2%, PSA 0,4-0,6% und Hautkrebscreening 0,2%). Dieser Effekt wird von Ihnen als klinisch und für die öffentliche Gesundheit relevant bewertet.

Ansprechpartner:

Dr. med. Hans Junkermann

Hans.Junkermann@med.uni-heidelberg.de

## KLINISCHE STUDIE "LAPAROSCOPIC APPROACH TO CERVICAL CANCER (LACC) TRIAL"

*Dr. med. E. Katagis, Prof. Dr. med. F. Marmé*

Auf dem 49. Kongress der Society of Gynecologic Oncology (SGO) in New Orleans im März 2018 hat Prof. Pedro T. Ramirez vom MD Anderson Cancer Center in Houston neue Daten zur minimal-invasiven Chirurgie beim Zervixkarzinom präsentiert. In der randomisierten internationalen Phase III Studie "Laparoscopic Approach to Cervical Cancer (LACC) trial" wurden im Zeitraum von 2008 bis 2017 Patientinnen mit frühem Zervixkarzinom aus 33 Zentren eingeschlossen (Ramirez et al. 2018).



Analysiert wurden Patientinnen mit primärem Plattenepithel-, Adeno- oder adenosquamösen Karzinom der Cervix uteri in den FIGO Stadien IA1, IA2 oder IB1, wobei sich im abdominalen radikalen Hysterektomie (TARH) Arm 312, im laparoskopischen oder robotischen Hysterektomie (TLRH/TRRH) Arm 319 Patientinnen befanden. Die Baselinecharakteristika waren gut vergleichbar. Die Studie konnte nicht beweisen, dass die TLRH/TRRH im Vergleich zur TARH nicht unterlegen ist. Im Gegenteil, der primäre Endpunkt, das krankheitsfreie Überleben nach 4,5 Jahren, war für die minimal-invasive radikale Hysterektomie im Vergleich zum offenen Ansatz mit einem Unterschied von ca. 10% signifikant schlechter (97,6% in der TARH-Gruppe versus 87,1% in der TLRH/TRRH-Gruppe, p-Wert: 0,88). Zudem zeigten Ergebnisse der Studie ein schlechteres Gesamtüberleben und höhere Rezidivraten bei minimal-invasiver Hysterektomie beim frühen Zervixkarzinom. Die Anzahl der Krankheitsrezidive nach TLRH/TRRH war fast viermal höher als die Anzahl der Rezidive nach offener Operation, obwohl die absoluten Zahlen gering waren: 27 Rezidive gegenüber 7 bei mehr als 600 Patienten. Die Daten sind bislang noch nicht als Vollpublikation erschienen und zum Zeitpunkt der Präsentation waren die Invasionstiefe, das Grading und auch die Tumorgöße bei ca. 30% der Fälle noch unbekannt.

Parallel zeigten retrospektive Auswertungen der US-amerikanischen National Cancer Database des Zeitraumes 2010 bis 2012 vergleichbare Ergebnisse, die ebenfalls auf dem SGO bzw. dem ASCO präsentiert wurden. Die Auswertung von 2221 Frauen mit Zervixkarzinom der FIGO-Stadien IA2 bis IB1 zeigten ebenfalls ein signifikant besseres Überleben für die abdominale radikale Hysterektomie. Es bestand ein fast 50% höheres Risiko, innerhalb von 4 Jahren nach der Operation mit minimalinvasiver Hysterektomie zu sterben, verglichen mit einer offenen Operation (Melamed et al. 2018). In einer Subgruppenanalyse dieser retrospektiven Untersuchung betraf dies allerdings nur FIGO IB1 Karzinome größer 2 cm, während die Unterschiede bei den Tumoren unter 2 cm nicht signifikant unterschiedlich waren (Margul et al. 2018).

In der Präsentation des LACC-Trial wurde darauf hingewiesen, dass einige Punkte der Studie noch offen sind, wie die statistische Aussagekraft bei reduzierter Probandenzahl, die Selektionskriterien bei der Indikationsstellung, die kurze Nachbeobachtungszeit und der Effekt einer Lernkurve bei den Operateuren. Auch wurde in vorausgehenden Studien gezeigt, dass die laparoskopische Hysterektomie mit einer Reduktion des

Blutverlustes und postoperativer Komplikationen sowie kürzeren Krankenhausaufenthalten im Vergleich zum offenen Ansatz assoziiert ist, ohne signifikante Unterschiede im 5-Jahres-Krankheitsfreien und Gesamtüberleben (Wang et al., 2015, Shazly et al., 2016). Andererseits ist dies die einzige prospektive randomisierte Phase III Studie mit einer ausgiebigen Qualitätssicherung. Viele Fragen sind derzeit offen, zum Beispiel, wie sich das Konzept der Staginglaparoskopie hier einfügt oder was der Grund für das schlechtere Überleben ist (Manipulation mit dem Uterusmanipulator und/oder laparoskopisches Handling befallener Lymphknoten). In jedem Fall sollten die Patientinnen auch aktuell über diese Daten informiert werden. Wir werden dies in der gemeinsamen Diskussion über den operativen Zugang mit unseren Patientinnen gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft berücksichtigen.

Ansprechpartner:

Dr. med. E. Katagis

Evi.Katagis@med.uni-heidelberg.de

## TERMINE 2018

### *Schwangeren-Informationsabend*

Jeden 2. und 4. Montag im Monat  
Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik  
("Eingang Lehre")  
Beginn 18:30 Uhr

### *Fortbildungsreihe „Die Lebensphasen der Frau“*

Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik  
("Eingang Lehre")  
Programm wird gesondert veröffentlicht

3. Herbstfortbildung am 26.09.2018, 18-21  
Uhr  
Gynäkologie der Perimenopause

4. Winterfortbildung am 28.11.2018, 18-21  
Uhr  
Senium der Frau

### *Fetal Board*

Teilnahme ohne Anmeldung möglich  
jeweils 17:00 Uhr bis ca. 19:00 Uhr  
Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik  
("Eingang Lehre")  
19.09.2018  
21.11.2018

### *Hands-on Kurse am Schwein*

17.10.2018  
Offene Chirurgie  
13.11.2018  
Laparoskopischer Kurs  
28.11.2018  
Offene Chirurgie

### *Heidelberger Mammasonographiekurse 2018*

10.11. - 11.11.2018 Abschluss-  
kurs/Refresherkurs  
Eine Anmeldung ist über ultra-  
schallkurs@golatta.de möglich.

### *15 Jahre zertifiziertes Brustzentrum Heidelberg*

Brustkrebsmonat Oktober  
Spezialveranstaltung Brustkrebs  
Programm wird gesondert veröffentlicht

### *Seminar zu Forensischen Aspekten in der Gynäkologie und Geburtshilfe*

Spezialveranstaltung  
Programm wird gesondert veröffentlicht

### *Psychoonkologisches Tumorboard*

DMP-Veranstaltung,  
Frau Dr. Ditz, 12.12.2018  
Programm wird gesondert veröffentlicht

## ANSPRECHPARTNER FÜR DEN NEWSLETTER:

Sollten Sie Themenwünsche oder Anregungen für  
unseren Newsletter haben können Sie sich  
jederzeit an folgende Personen wenden:

Prof. Dr. med. Joachim Rom  
E-Mail: joachim.rom@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Natalie Orthmann  
E-Mail: natalie.orthmann@med.uni-heidelberg.de