



FrauenHeilKunde-INFO

Mammakarzinom

Juni 2026



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit unserem Newsletter im Nachgang zu unserer Fortbildung „Mammakarzinom 2026 – Praxisrelevanz“ möchten wir Sie dabei unterstützen, den Überblick über die aktuellen Entwicklungen in der Versorgung von Patientinnen mit Mammakarzinom zu behalten.

Der Fokus liegt in diesem Jahr insbesondere auf den vielfältigen neuen praxisverändernden Therapieoptionen und den zugrunde liegenden aktuellen Studiendaten. Auch möchten wir Ihnen einen Überblick über die Optionen eines Fertilitätserhalts bei jungen Patientinnen mit Mammakarzinom geben – ein Thema, das in der täglichen klinischen Praxis zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Zusätzlich informieren wir über aktuell laufende Studien an der Frauenklinik und möchten Ihnen damit einen Überblick über bestehende Studienoptionen und innovative Therapieansätze geben.

Ich freue mich auf einen weiterhin guten kollegialen Austausch im Sinne unserer gemeinsamen Patientinnen.

Ihr

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Direktor der Frauenklinik

Das Hormonrezeptor-positive, HER2-negative Mammakarzinom

Nächstes Jahr feiert Tamoxifen sein 50-jähriges Jubiläum seit der Zulassung in den USA – ein besonderer Meilenstein für die endokrine Therapie des Mammakarzinoms. In den vergangenen zehn bis zwölf Jahren haben wir mehr über die Signalwege und die Überwindung der endokrinen Resistenz gelernt.

Bedeutung des PIK3CA-Pathways

Aktivierte Pathways, die zum Großteil durch Mutation und Amplifikationen entstehen, sind Ansatzpunkt für neue Therapien. Einer dieser Pathways ist der PI3-Kinase-Pathway, die zweithäufigste Mutation bereits bei Diagnosestellung. Hier wurden Patientinnen mit endokriner Resistenz eingeschlossen (meist nach CDK4/6-Vortherapie). Das mediane progressionsfreie Überleben für die Kohorte mit genomischer PIK3CA/AKT oder PTEN-Alteration verdoppelte sich auf 7,3 Monate im Vergleich zu den Patientinnen ohne Alteration.

Die erworbene endokrine Resistenz: Ansatzpunkte der ESR1-Mutation

Das wichtigste Beispiel für eine erworbene Mutation ist die ESR1-Mutation. Bei Diagnose lässt sich diese bei ca. 1 % der Patientinnen nachweisen. Nach adjuvanter endokriner Therapie tragen bei sekundärer Metastasierung ca. 5 % die Mutation, bei Progress unter endokriner Therapie ca. 40 %. Die ESR1-Mutation führt zu einer dauerhaften Aktivierung des Östrogenrezeptors. Zur Überwindung dieses Mechanismus werden selektive Östrogenrezeptor-Degrader (SERD) eingesetzt. Die Serena-6 belegt den Nutzen eines Wechsels der endokrinen Therapie auf Camizestran in der first-line-Situation (CDK4/6 + Aromataseinhibitor) bei Nachweis einer ESR1-Mutation im Verlauf mit einem gesteigerten medianen PFS von 7 Monaten. In der second-line-Therapie ist der Nutzen oraler SERDs wie Elacestrant und Imlunestran bereits belegt und eine Zulassung dieser Medikamente erfolgt. Vielversprechend sind dabei auch Kombinationstherapien wie Girdestrant und Everolimus (evERA-Studie) mit einer 62-prozentigen Risikoreduktion einer Progression der Erkrankung oder des Versterbens einer Patientin mit ESR1-Mutation. In der EMBER-3 profitieren die Patientinnen unabhängig vom ESR-1-Status von der Kombination aus Imlunestran und Abemaciclib.

Antibody-Drug-Konjugate und neue zielgerichtete Radioliganden-Therapien

Die Wirksamkeit von Antibody-Drug-Konjugaten beruht im Gegensatz zu den Pathways auf einer Expression des Targets an der Zelloberfläche – beispielsweise HER2, selbst bei niedriger Expression. Damit sind für zuvor als HER2-negativ deklarierte Tumoren mit HER2 low expression nun ADCs wie Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd), Datopotamab-Deruxtecan (Dato-DXd) und Sacituzumab-Govitecan (SG) nach endokriner Vortherapie (bzw. zum Teil Chemotherapie) zugelassen. Ein ähnliches Wirkprinzip nutzen Radioliganden. Das Oberflächenantigen muss nicht aktiv an der Zellproliferation oder Progression des Tumors beteiligt sein, sondern dieses soll die radioaktive Substanz nah an die Zelle bringen, um die lokal maximale Strahlendosis hervorrufen zu können. Mit diesem Konzept der Bindung des Radioliganden an die Zielzelle wird die sogenannte Theranostik eingeleitet, da sowohl Therapie als auch Diagnostik in einem Setting durchgeführt werden können. Innovative Studien in diesem Kontext, die auch in der Erlanger Frauenklinik laufen, sind NeoB-LEE1, NeoB-Cap1 und OmniRAY.

Update zu Monarch-E-Studie

Ein Update aus der Adjuvanz beim frühen Mammakarzinom gibt es in der Monarch-E-Studie nach 75 Monaten Follow-up: Abemaciclib mit endokriner Therapie verbessert das invasive krankheitsfreie Überleben (IDFS) im Vergleich zur alleinigen ET um 26 %.

Das HER2-*neu*-positive Mammakarzinom – neue Therapieoptionen für Hochrisikopatientinnen

DESTINY-Breast05 (postneoadjuvant, Hochrisiko-Patientinnen mit non-pCR)

In dieser Phase-III-Studie zeigte Trastuzumab-Deruxtecan (T-DXd) im Vergleich zu Trastuzumab-Emtansin (T-DM1) einen Vorteil im invasiven krankheitsfreien Überleben (IDFS, 3-Jahres-IDFS: 92,4 % vs. 83,7 %). Zusätzlich wurden weniger Fern- und ZNS-Rezidive beobachtet.

T-DXd ist damit ein potenzieller neuer Standard in der postneoadjuvanten Situation bei Hochrisiko-patientinnen.

HER2CLIMB-05 (first-line-Erhaltungstherapie, metastasiert)

Die Hinzunahme von Tucatinib zur Erhaltungstherapie mit Trastuzumab und Pertuzumab führte zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überlebens. Die Daten sprechen für einen zusätzlichen Stellenwert/Nutzen von Tucatinib in der Erhaltungstherapie.

DESTINY-Breast09 (first line, metastasiert)

Aktuelle Studienkonzepte evaluieren den früheren Einsatz von T-DXd in der Erstlinientherapie des metastasierten HER2-*neu*-positiven Mammakarzinoms. Im Vergleich zur Standardtherapie mit Taxan und dualer Blockade mittels Trastuzumab und Pertuzumab fand sich in der T-DXd-Gruppe ein deutlich verlängertes medianes progressionsfreies Überleben (PFS, 26,9 Monate vs. 40,7 Monate).

ADCs rücken beim mTNBC in die first line

Neuer Chemotherapie sparender Therapieansatz beim PD-L1-positiven mTNBC

Die ASCENT-04/KEYNOTE-D19 die Gabe von Sacituzumab Govitecan in Kombination mit Pembrolizumab vs. Chemotherapie plus Pembrolizumab beim PD-L1-positiven mTNBC in der first line. SG plus Pembrolizumab zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung der PFS um 3,4 Monate (11,2 Monate vs. 7,8 Monate, p-Wert < 0,001). Eine Zulassung des Kombinationsschemas wird dieses Jahr erwartet.

Neue Therapieansätze beim PD-L1-negativen mTNBC

In der beim ESMO vorgestellten ASCENT-03-Studie konnte die Therapie mit Sacituzumab Govitecan im Vergleich zur Chemotherapie das PFS in der first-line -Situation bei Patientinnen mit PD-L1-negativen mTNBC oder Patientinnen, die für einen PD-L1-Inhibitor nicht infrage kamen, signifikant um 2,8 Monate steigern (9,7 Monate vs. 6,9 Monate, p-Wert < 0,001). Es gab zudem einen positiven Trend beim OS. Die TROPION-Breast02-Studie untersuchte das gleiche Patientinnenkollektiv mit Datopotamab-Deruxtecan im Vergleich zur Chemotherapie. Dato-DXd verbesserte das PFS statistisch signifikant um 5,3 Monate (10,8 Monate vs. 5,6 Monate, p-Wert < 0,0001). Zudem zeigte Dato-DXd einen statistisch signifikanten Benefit beim OS um 5 Monate (23,7 Monate vs. 18,7 Monate, p-Wert 0,0291). Diese vielversprechenden Daten aus beiden Studien lassen auf eine zeitnahe Zulassung beider ADCs in der first line hoffen.

Kinderwunsch beim Mammakarzinom – was ist heute möglich?

Für viele Patientinnen mit Mammakarzinom ist ein späterer Kinderwunsch ein zentrales Anliegen. Daher sollte dieses Thema frühzeitig in die interdisziplinäre Therapieplanung integriert werden.

Fertilitätserhalt vor Therapie

Systemische Therapien, insbesondere Chemotherapien, können die ovarielle Reserve deutlich beeinträchtigen. Etablierte Optionen sind die Kryokonservierung von Eizellen oder Embryonen als Standardverfahren sowie die Kryokonservierung von Ovarialgewebe bei Zeitdruck. GnRH-Analoga können ergänzend eingesetzt werden, ersetzen jedoch keine Kryokonservierung.

Dank moderner Stimulationsprotokolle ist der Fertilitätserhalt meist ohne relevante Verzögerung der onkologischen Therapie möglich.

Schwangerschaft nach Mammakarzinom

Die aktuelle Datenlage ist beruhigend: Eine Schwangerschaft führt nicht zu einer Verschlechterung der Prognose. Bei Hormonrezeptor-positiven Tumoren kann eine zeitlich begrenzte Unterbrechung der endokrinen Therapie erwogen werden. Die POSITIVE-Studie zeigt keine erhöhte kurzfristige Rezidivrate bei ausgewählten Patientinnen.

Reproduktive Perspektiven

Die Chancen auf eine Schwangerschaft post Therapie sind gut, mit hohen Lebendgeburtenraten und ohne erhöhte maternale oder kindliche Risiken. Auch assistierte Reproduktion nach Therapie zeigt keine Hinweise auf ein erhöhtes Rezidivrisiko.

Moderne Techniken der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe

Plastisch- und Handchirurgische Klinik, Uniklinikum Erlangen

Seit dem 1. April 2026 leitet Prof. Dr. Andreas Arkudas als neuer Direktor der Plastisch- und Handchirurgischen Klinik des Uniklinikums Erlangen. Ein Schwerpunkt der Klinik liegt in der rekonstruktiven Brustchirurgie. Neben der Behandlung angeborener und erworbener Brustdeformitäten bildet insbesondere die Brustrekonstruktion mit Eigengewebe nach Mammakarzinomtherapie sowie im Rahmen von prophylaktischen Mastektomien einen zentralen Bestandteil des Leistungsspektrums.

Die Eigengewebsrekonstruktion ermöglicht die Wiederherstellung einer natürlichen Brustform unter Verwendung körpereigenen Gewebes und stellt insbesondere für Patientinnen nach Bestrahlung, bei implantatassoziierten Komplikationen oder bei Wunsch nach einer langfristigen, implantatfreien Rekonstruktion eine wichtige Behandlungsoption dar.

Die mikrochirurgische Brustrekonstruktion hat in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte erfahren, zu denen die Erlanger Plastische/Handchirurgie durch ihre wissenschaftliche und klinische Expertise maßgeblich beigetragen hat. Der Einsatz modernster prä- und intraoperativer Bildgebungsverfahren sowie innovativer, gewebeschonender Operationstechniken ermöglicht heute eine präzisere Operationsplanung, eine höhere Sicherheit der Eingriffe und eine weitere Reduktion der Entnahmemorbidität.

Die Plastische/Handchirurgie des Uniklinikums Erlangen bietet das gesamte Spektrum moderner autologer Brustrekonstruktionsverfahren an und legt besonderen Wert auf eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie zertifizierten Brustzentren. In unserem gemeinsamen Brustzentrum werden Patientinnen umfassend zu allen rekonstruktiven Möglichkeiten beraten. Ziel ist die gemeinsame Entwicklung eines individuellen Behandlungskonzepts in enger Abstimmung mit den behandelnden gynäkologischen Kolleginnen und Kollegen – auf Wunsch auch kurzfristig vor einer geplanten Mastektomie.

Kontaktdaten:

Plastisch- und Handchirurgische Klinik
Uniklinikum Erlangen
Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen
Terminvereinbarung in der Sprechstunde für Brusterkrankungen
Tel.: 09131 85-36330

Frauenklinik

Uniklinikum Erlangen
Universitätsstr. 21/23, 91054 Erlangen
Terminvereinbarung in der Sprechstunde für Brusterkrankungen
Tel.: 09131 85-33493

Bevorstehende Veranstaltungen

Symposium Prä- und Perinatalmedizin 2026

11. November 2026 von 16.00 bis 20.00 Uhr | Online-Veranstaltung

Im Rahmen des 16. perinatalen Symposiums der Frauenklinik des Uniklinikums Erlangen als Partner im Perinatalzentrum Mittelfranken möchten wir Ihnen dieses Jahr wieder ein Update zu den wichtigsten Themengebieten der Prä- und Perinatalmedizin geben.

Die Teilnahme ist kostenlos, eine Registrierung über den folgenden Link ist zwingend erforderlich: [Symposium: Prä- und Perinatalmedizin](#)

Nach der Registrierung senden wir Ihnen einen persönlichen Zugangslink zu, mit dem Sie online an der Veranstaltung teilnehmen können. Bitte prüfen Sie auch Ihren Spam-Ordner. Die Veranstaltung wird durch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) zertifiziert und die Anerkennung als DMP-Veranstaltung wird beantragt.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter fk-kongress@uk-erlangen.de gerne zur Verfügung.

Gynäkologische Onkologie 2026 – Praxisrelevanz der leitliniengerechten Diagnostik und Therapie

2. Dezember 2026 von 16.00 bis 18.30 Uhr | Online-Veranstaltung

Die Gynäkologische Onkologie befindet sich in einem bemerkenswerten Wandel. Im Jahr 2026 sind zahlreiche neue Therapien, Klassifikationen und Empfehlungen hinzugekommen, die eine unmittelbare Relevanz für unsere klinische Praxis besitzen. Vor diesem Hintergrund laden wir Sie herzlich zu unserer diesjährigen Fortbildungsveranstaltung ein, die Ihnen ein umfassendes und praxisorientiertes Update bieten wird.

Im Mittelpunkt stehen die neuesten Erkenntnisse zur Immuntherapie und zu Antikörper-Wirkstoff-Konjugaten (ADCs), die zunehmend Einzug in die gynäkologisch-onkologische Therapie halten. Darüber hinaus widmen wir uns den (inter-)nationalen Guidelines sowie der überarbeiteten FIGO-Klassifikation.

Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Einordnung dieser Fortschritte in den klinischen Alltag. Ziel der Veranstaltung ist es, Ihnen die wesentlichen Neuerungen des Jahres strukturiert und kompakt zu vermitteln, sodass Sie im Anschluss auf dem aktuellen Wissensstand sind. Die Teilnahme ist kostenlos, eine Registrierung über den folgenden Link ist zwingend erforderlich: [Gynäkologische Onkologie 2026](#)

Nach der Registrierung senden wir Ihnen einen persönlichen Zugangslink zu, mit dem Sie online an der Veranstaltung teilnehmen können. Bitte prüfen Sie auch Ihren Spam-Ordner. Die Veranstaltung wird durch die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) zertifiziert und die Anerkennung als DMP-Veranstaltung wird beantragt.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter fk-kongress@uk-erlangen.de gerne zur Verfügung.

Abschließungsverzeichnis

ESR-1	Östrogenrezeptor-1
GPR	Gastrin-Releasing-Peptide-Rezeptor
HER2	Human Epidermal Growth Factor Receptor 2
HR	Hormonrezeptor
KAT6	Lysin-Acetyltransferase 6
PD-L1	Programmed Death-Ligand 1
PIK3CA	Phosphatidylinositol (3- β -Hydroxyphosphat) 3-Kinase, katalytische Untereinheit Alpha
SacTMT	Sacituzumab-Trastuzumab
TNBC	Triple-negative breast cancer
TROP2	Trophoblastic Olfactor Surface Antigen 2

Impressum

Herausgegeben von:
Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik
Universitätsstr. 21/23
91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33553
Fax: 09131 85-33456

V.i.S.d.P.:
Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Gesamtherstellung:
Uniklinikum Erlangen
Kommunikation
91012 Erlangen

Falls Sie Ihre Abonnements verwalten oder abbestellen möchten, klicken Sie bitte [HIER](#).

fk-direktion@uk-erlangen.de
www.frauenklinik.uk-erlangen.de