

# Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

## Systemische Therapie des primären, frühen Mammakarzinoms – HR-positiv / HER2-negativ

# Systemische Therapie des primären, frühen Mammakarzinoms – HR-positiv / HER2-negativ

## ■ Versionen 2002–2024:

Bauerfeind / Dall / Diel / Fasching / Fersis / Fehm / Friedrich / Friedrichs / Gerber / Göring / Hanf / Harbeck / Huober / Jackisch / Lisboa / Loibl / Lück / Lux / Maass / von Minckwitz / Möbus / Müller / Nitz / Oberhoff / Schaller / Scharl / Schneeweiss / Schütz / Solomeyer / Stickeler / Thomssen / Untch / Wöckel

## ■ Version 2025:

Park-Simon / Schmidt



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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

[www.ago-online.de](http://www.ago-online.de)

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

# Strategien der differenzierten Systemtherapie in der kurativen Situation

Bei Indikation zur Chemotherapie neoadjuvante Applikation bevorzugen; Studienteilnahme empfohlen.

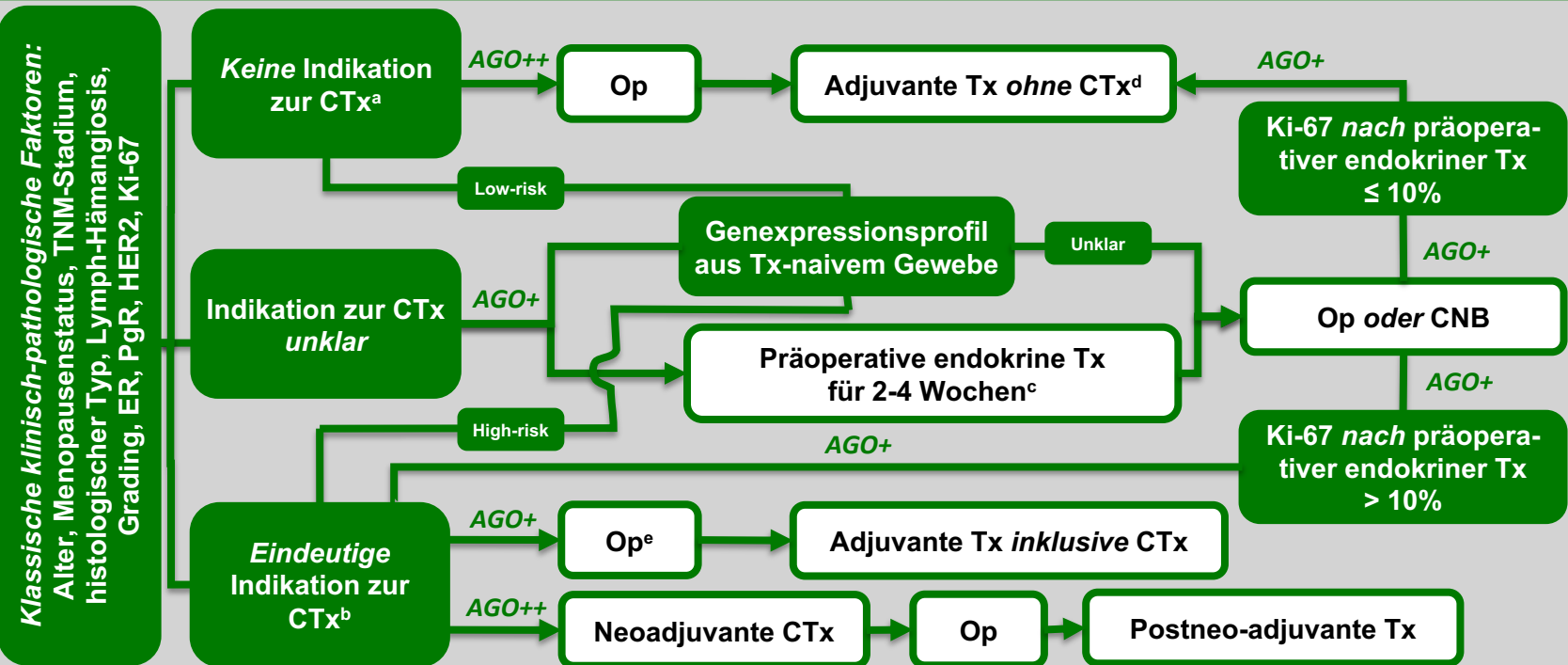
- **HR+ / HER2- mit „niedrigem Rückfallrisiko“**
  - Endokrine Therapie ohne Chemotherapie ++
- **HR+ / HER2- mit „erhöhtem Rückfallrisiko“**
  - Endokrine Therapie ++
  - endokrin-basierte Therapie (Abemaciclib oder Ribociclib) +
  - Bei Patientinnen mit Indikation zur chemo-endokrinen Therapie\*:
    - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
    - Dosisdichte Chemotherapie (inkl. weekly-Regime) ++
- **gBRCA1/2<sup>MUT</sup> (HR+ / HER2- o. TNBC)**
  - Olaparib +/- endokrine Therapie ++
- **Triple-negative (TNBC)**
  - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
  - Dosisdichte sequentielle AT-basierte Chemotherapie (inkl. weekly Schemata) ++
  - Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie +
  - Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie mit ICPI (Pembrolizumab) ++
- **HER2+**
  - Trastuzumab (plus Pertuzumab bei N+ oder NACT) ++
    - Sequentielle AT-basierte Chemotherapie mit simultaner Gabe von T + anti-HER2-Therapie ++
    - Anthrazyklin-freie Chemotherapie + anti-HER2-Therapie ++

\* s. Prognosekapitel

# Therapie beim frühen HR-positiven, HER2-negativen Mammakarzinom

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D



www.ago-online.de

CNB, core needle biopsy; CTx, Chemotherapie; ER, estrogen receptor; PgR, Progesteron-Rezeptor; HER2, humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; HR, Hormonrezeptor; Op, Operation; Tx, Therapie; <sup>a</sup>z. B.  $\leq cT1c$   $cN0-1$   $G1-2$   $Ki-67 \leq 5\%$  oder - bei unklarer Situation - Genexpressionsprofil low-risk; <sup>b</sup>z. B. primär inoperabler Tumor oder  $\geq 4$  klinisch befallene axilläre Lymphknoten oder G3 und  $Ki-67 \geq 35\%$  oder - bei unklarer Situation - Genexpressionsprofil high-risk; <sup>c</sup>endokrine Standardtherapie; <sup>d</sup>sofern postoperativ keine Änderung in Prognosefaktoren; <sup>e</sup>sofern noch nicht erfolgt.

# Bestimmung des Steroid-Hormonrezeptorstatus

**Oxford LoE: 1**

**GR: A**

**AGO: ++**

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

**„Endokrines Ansprechen“ (früher rezeptorpositiv):  
Immunhistologie (ER und / oder PR)**

<b>0 %</b>	<b>pos. Zellen:</b>	<b>endokrin nicht sensitiv</b>
<b>1-10 %</b>	<b>pos. Zellen:</b>	<b>endokrin fraglich sensitiv</b>
<b>&gt; 10 %</b>	<b>pos. Zellen:</b>	<b>endokrin sensitiv</b>
<b>Hormonrezeptor-Status unbekannt:</b>		<b>endokrin sensitiv</b>

**Bei ER negativ / PR positiv (> 10 % Zellen): immunhistochemische Reevaluation erforderlich.**

**Bei ER-low (1-10 %) Nennung der Relevanz im histopathologischen Bericht empfohlen.**

# Adjuvante endokrine Therapie

## Bestimmung des Menopausenstatus

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

### Bestimmung des Menopausenstatus:

- Menstruationsanamnese
- FSH, E2

Oxford		
LoE	GR	AGO
		++
		++

# Neoadjuvante systemische Chemotherapie – Klinischer Benefit

Oxford

LoE

GR

- Ermöglicht eine Prognoseverbesserung durch Individualisierung der neoadjuvanten und post-neoadjuvanten Behandlung 1b A
- Überleben ist gleich nach neoadjuvanter (präoperativer, primärer) und adjuvanter systemischer Therapie (bei gleichem Regime und gleicher Zyklenzahl, wenn die postneoadjuvante Therapie nicht anhand des pathologischen Ansprechens stratifiziert wird) 1a A
- Pathologische Komplettremission ist mit einem besseren Überleben assoziiert 1b A
- Der RCB Score und die RCB Klasse sind subtypen-unabhängige Prognosefaktoren 2a B
- Kann Operabilität bei primär inoperablen Tumoren erreichen 1b A
- Verbessert die Optionen für eine brusterhaltende Operation 1b A
- Senkt die Rate an axillären Lymphonodektomien 2b B
- Erlaubt Individualisierung der Therapie nach dem Interims-Ansprechen 1b B

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

# Neoadjuvante systemische Chemotherapie – Indikationen

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
■ Wenn die gleiche postoperative adjuvante Chemotherapie indiziert ist	1b	A	++
■ Um eine risikoadaptierte postoperative Therapie durchzuführen	1b	A	++
■ Inflammatorisches Mammakarzinom	2b	B	++
■ Primär inoperables Mammakarzinom	1c	A	++
■ Große operable Mammakarzinome, die primär eine Mastektomie und adjuvante Chemotherapie erfordern, mit dem Ziel der Brusterhaltung	1b	B	++

# Neoadjuvante systemische Therapie Zeitablauf von Diagnosestellung, Operation und Radiotherapie

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

## Zeitpunkt der Operation nach NACT

- 4-8 Wochen nach dem letzten Chemotherapiezyklus

## Radiotherapie innerhalb von 2 Monaten nach der Operation

Oxford		
LoE	GR	AGO
2a	B	++
2b	B	++

# (Neo-) Adjuvante Chemotherapie: Überblick

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

- **Dosis-dicht Anthrazyklin-/ Taxan-basiert (inkl. weekly)**
- **Konventionell Anthrazyklin-/ Taxan-basiert (q3w)**
- **„Tailored“ Anthrazyklin-/ Taxan-basiert**
- **Wenn auf Anthrazykline verzichtet werden soll**
  - **Docetaxel plus Cyclophosphamid**
  - **Paclitaxel mono wöchentlich**
  - **CMF**

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
	<b>1a</b>	<b>A</b>	<b>++</b>
	<b>1a</b>	<b>A</b>	<b>+</b>
	<b>1b</b>	<b>B</b>	<b>+/-</b>
	<b>1b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
	<b>1b</b>	<b>B</b>	<b>+/-</b>
	<b>1a</b>	<b>A</b>	<b>+/-</b>

# Empfohlene dosis-dichte und / oder dosis-eskalierte, sequentielle (neo-) adjuvante Chemotherapie

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

Oxford  
LoE GR AGO

## Dosis-dichte Regime

- $A_{60} \times 4 \rightarrow Pac_{175} \times 4 \rightarrow C_{600} \times 4 \text{ q2w}$
- $A_{60}C \text{ q2w} \times 4 \rightarrow Pac_{175} \text{ q2w} \times 4$
- $E_{90}C \text{ q2w} \times 4 \rightarrow Pac_{175} \text{ q2w} \times 4$
- $E_{90}C \text{ q2w} \times 4 \rightarrow Pac_{80} \text{ q1w} \times 12$
- $NabPac_{125} \times 8-12 \rightarrow E_{90}C \text{ q2(3)w} \times 4$

1b	A	++
1b	B	++
1b	A	++
1b	B	++
1b	B	+

## Dosis-dichtes und dosis-eskaliertes Regime ( $N \geq 4+$ )

- $E_{150} \rightarrow Pac_{225} \rightarrow C_{2000} \text{ q2w}$

1b	A	++
----	---	----



# Neoadjuvante endokrine Therapie (NET)

## - Gute klinische Praxis -

- **Geeignet für Patientinnen, die**
  - **inoperabel sind.**
  - **keine Chemotherapie haben möchten / können.**
- **Datenlage in der Prämenopause im Gegensatz zur Postmenopause begrenzt.**
- **Die optimale Dauer der endokrinen Therapie ist mind. 4-6 Monate oder bis best response bzw. Progress.**
- **Die Wahl der endokrinen Therapie richtet sich nach dem Menopausenstatus.**
- **Eine Ki-67 Analyse nach zwei- bis vierwöchiger, präoperativer endokriner Therapie kann das Ansprechen auf eine endokrine Therapie vorhersagen (prognostische / prädiktive Evaluation).**



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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

[www.ago-online.de](http://www.ago-online.de)

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

# NET bei Patienten mit endokrin-sensitivem Mammakarzinom

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
■ <b>Postmenopausale Patienten</b>			
■ Verbessert die Optionen für brusterhaltende Operationen	1b	A	+
■ Aromataseinhibitoren (mindestens 6 Monate)	1a*	B	+
■ <b>Prämenopausale Patientinnen</b>			
■ Tamoxifen	2b	C	+
■ Aromataseinhibitoren + LHRHa	1b	C	+/-
■ <b>Simultane chemo-endokrine Therapie</b>	1b	A	-
■ <b>Ki-67 Analyse nach kurzer (2-4 W.) präoperativer endokriner Therapie (Tam/AI +/-GnRHa) (prognost./prädikt. Information)</b>	1b	B	+
■ <b>Prognostischer Score:</b>	1b	B	+

- PEPI: pTN-Stadium, ER-Expression und Ki-67 Expression nach neoadjuvanter endokriner Therapie

\* Keine Langzeitergebnisse zur neoadjuvanter endokriner Therapie (vs. adjuvante endokrine Therapie)

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

# Neoadjuvante Chemotherapie – Vorgehen je nach Ansprechen

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<b>Frühes Therapieansprechen:</b>			
▪ Fortführung der neoadjuvanten Therapie	1b	A	++
<b>Bei keiner Änderung:</b>			
▪ Komplettierung der NACT, anschl. Operation	2b	C	++
▪ Fortsetzen der NACT mit einem nicht-kreuzresistenten Schema	2b	B	+
▪ AC oder EC x 4 → D x 4 oder Pw x 12	2b	B	+
▪ DAC x 2 → NX x 4	1b	B	+
<b>Bei Progression:</b>			
▪ Reevaluation der Tumorbiologie	5	D	+/-
▪ Abbruch der NACT und Operation oder Bestrahlung	4	D	++
▪ Zusätzliche adj. Chemotherapie mit nicht-kreuzresistenten Schemata	4	D	+/-

# How to Calculate CPS+EG Score?

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

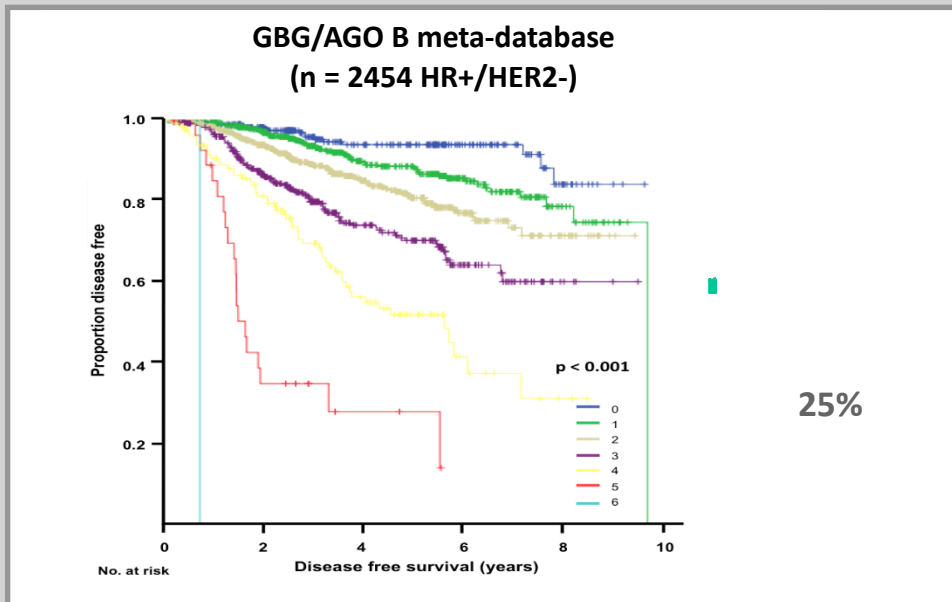
Guidelines Breast  
Version 2025.1D

Point assignment for CPS+EG score

Clinical Stage		
I	0	T1N0; T0N1mi, T1N1mi
IIA	0	T0N1; T1N1; T2N0
IIB	1	T2N1; T3N0
IIIA	1	T0-2N2
IIIB	2	T4N0-2

Pathologic Stage		
0	0	T0/isN0
I	0	T1N0; T0N1mi, T1N1mi
IIA	1	T0N1; T1N1; T2N0
IIB	1	T2N1; T3N0
IIIA	1	T0-2 N2
IIIB	1	T4 N0-N2

Tumor Biologic Factors		
ER negative	1	
Nuclear grade 3	1	



# Postneo-/Adjuvante Therapie HR+ / HER2-

## Oxford

LoE	GR	AGO
1a	A	++
1b	B	+
1b	B	+
1b	A	++
1b	A	++
5	D	+
1b	A	+/-

- **Endokrine Therapie nach Menopausenstatus**
- **Abemaciclib für 2 Jahre + endokrine Therapie<sup>1</sup>**
- **Ribociclib (400 mg) für 3 Jahre + AI +/- GnRHa<sup>2</sup>**
- **Olaparib für 1 Jahr + endokrine Therapie (gBRCA1/2<sup>MUT</sup>)<sup>3</sup>**
  - **Adjuvant: ≥ 4 befallene Lymphknoten**
  - **Postneoadjuvant: non-pCR und CPS-EG Score ≥ 3**
  - **CDK4/6i in Sequenz, Beginn mit Olaparib**
- **Capecitabin (bei non-pCR)**

1 entsprechend Einschlußkriterien der monarchE-Studie,

2 entsprechend Einschlußkriterien der Natalee-Studie

3 entsprechend Einschlußkriterien der OlympiA-Studie

# Adjuvant / Post-Neoadjuvant Treatment with CDK4/6i

	monarchE	PALLAS	PENELOPE <sup>B</sup>	NATALLEE
<b>n</b>	5,637	5,600	1,250	5101
<b>CDK4/6i</b>	Abemaciclib	Palbociclib	Palbociclib	Ribociclib
<b>% of pts. with NACT</b>	95%	n.r.	100%	88%
<b>Duration of CDK4/6i treatment</b>	24 months	24 months	12 mths	36 months
<b>Follow-up</b>	54.0 months	24 months	43 months	44.2 months
<b>Discontinuation rate</b>	28%	42%	20%	36.2%
<b>Discontinuation rate due to AE<sub>CDKi</sub></b>	17%	27%	5%	20%
<b>IDFS-HR (95%-CI)</b>	0.680 (0.599-0.720) p < 0.0001	0.96 (0.81-1.14) p = 0.65	0.93 (0.74-1.16) p = 0.525	0.715 (0.609-0.840) p < 0.0001
<b>2-ys IDFS</b>	92.7% vs. 89.9%	n.r.	88% vs. 78%	93.5% vs. 92.0%
<b>3-ys IDFS</b>	89.2% vs. 84.4%	88.2% vs. 88.5%	81% vs. 78%	90.7% vs. 87.6%
<b>4-ys IDFS</b>	85.8% vs. 79.4%	84.2% vs. 84.5%	73% vs. 72%	88.5% vs. 83.6%
<b>5-ys IDFS</b>	83.6% vs. 76%			

IDFS: invasive disease-free survival

# Adjuvante endokrine Therapie

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ <b>Endokrin sensitiv</b>	<b>1a</b>	<b>A</b>	<b>++</b>
▪ <b>Fraglich endokrin sensitiv (1-10 %)</b>	<b>2b</b>	<b>D</b>	<b>+</b>
▪ <b>Endokrine Therapie sequentiell: nach einer adjuvanten Chemotherapie</b>	<b>2a</b>	<b>B</b>	<b>+</b>
▪ <b>Endokrine Therapie simultan mit Therapie ohne Chemotherapie</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>+</b>
▪ <b>Nicht endokrin sensitiv</b>	<b>1a</b>	<b>A</b>	<b>--</b>

# Generelle Prinzipien der adjuvanten endokrinen Therapie

- Die adjuvante endokrine Therapie wird in die initiale Therapie (Jahre 1–5) und die erweiterte adjuvante Therapie (EAT, Jahre 6–10+) eingeteilt. Die initiale adjuvante Therapie umfasst auch die endokrin-basierte Therapie.
- Standard Therapiedauer der adjuvanten Therapie: 5 Jahre
- Erweiterte Therapiedauer und initial endokrin-basierte Therapie nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung.
- Dauer, Wahl & Sequenz von AI oder Tam oder die Kombination mit GnRHa hängen v. a. vom Menopausenstatus, der Verträglichkeit und dem Rückfall-Risiko ab.

# Generelle Prinzipien der adjuvanten endokrinen Therapie

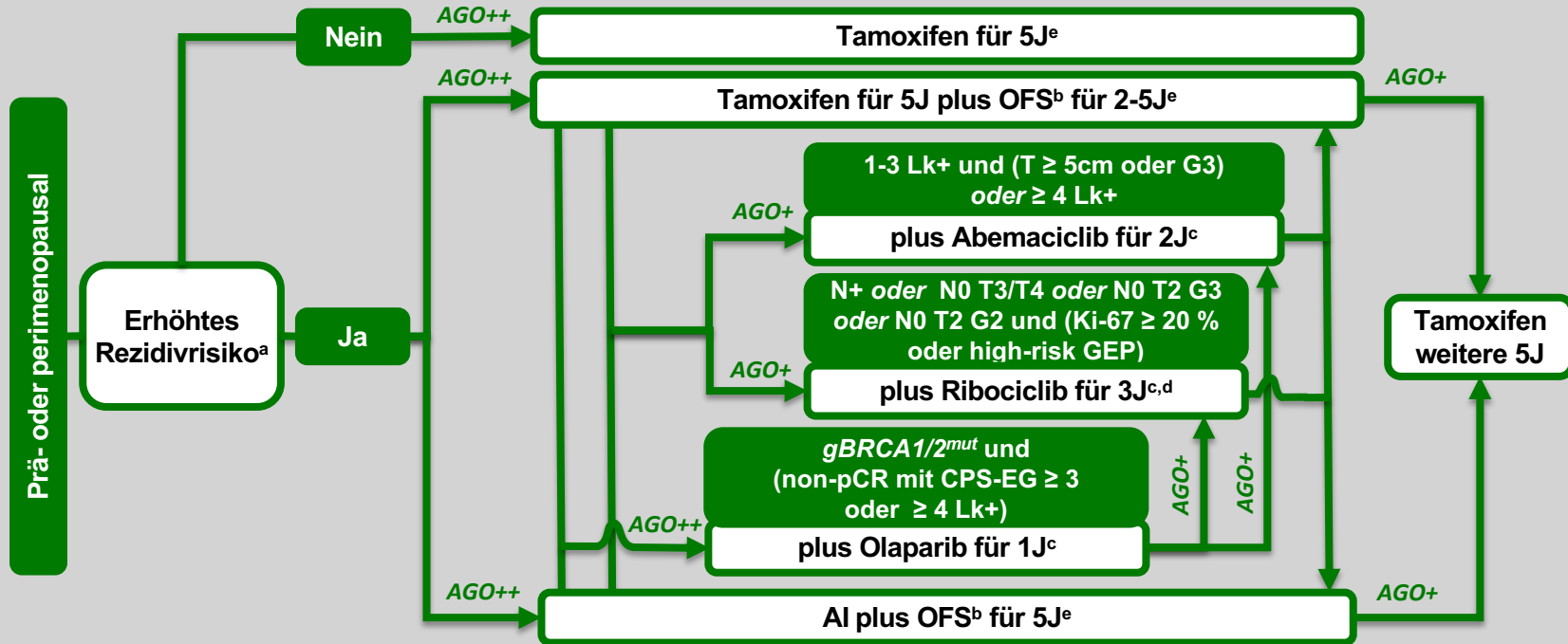
- **Der Wechsel auf eine andere endokrine Therapie (Tam oder AI) oder Tamoxifen low dose ist besser, als die Therapie zu stoppen.**
- **Beginn mit AI bei erhöhtem Rückfall-Risiko.**
- **Es existiert kein ausreichend validierter Biomarker für einen frühen versus einen späten Rückfall.**
- **Bisphosphonate (siehe auch Kapitel Knochengesundheit)**
  - **Osteoprotektion**
  - **Verbesserung der Prognose**
- **Frauen, die medikamentös oder operativ eine Hormonablation erfahren, sind postmenopausalen Frauen gleichzusetzen.**

# Adjuvante endokrin-basierte Therapie in der Prämenopause



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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D



AI, Aromataseinhibitor; CPS-EG, Clinical-Pathological Stage + Estrogen receptor status and Grade Score; gBRCA1/2<sup>mut</sup>, Keimbahn BRCA1/2 Mutation; GEP, Genexpressionsprofil; J, Jahre; Lk, Lymphknoten; non-pCR, keine pathologische Komplettremission; OFS, ovarian function suppression; <sup>a</sup>Die Applikation einer Chemotherapie war in den Studien ein Surrogatmarker für ein höheres Rezidivrisiko; <sup>b</sup>OFS bei erhaltener Ovarialfunktion bzw. Wiedereintritt der Ovarialfunktion innerhalb von 24 Monaten nach Chemotherapie-induzierter Ovarialinsuffizienz; <sup>c</sup>nur HER2-negativ; <sup>d</sup>nur in Kombination mit AI + OFS; <sup>e</sup>Unterbrechung der adjuvanten endokrinen Therapie nach 18 Monaten für max. 2 Jahre bei Kinderwunsch ohne Überlebensnachteil mit einem medianen F/U von nur 3,5 Jahren möglich (AGO+).

www.ago-online.de

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

# Adjuvante endokrine Therapie bei prämenopausalen Patientinnen (Jahr 1-5)



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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

Oxford		
LoE	GR	AGO
1a	A	++
1a	A	++
1a	A	++
1a	B	+

- **Niedriges Rezidivrisiko:**

- Tamoxifen für 5 Jahre

- **Erhöhtes Rezidivrisiko:**

- OFS 2-5 Jahre\* + Tamoxifen für 5 Jahre
  - OFS# + AI für 5 Jahre

- **GnRHa Monotherapie**

(Bei relevanten Kontraindikationen für Tam, gegenüber keiner Therapie)

OFS: Ovarialfunktions-Suppression;

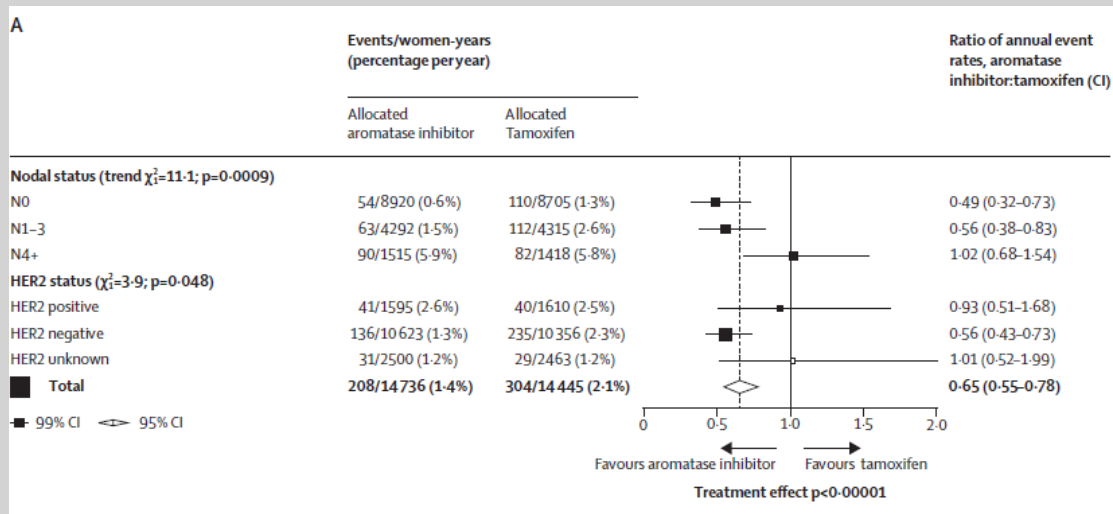
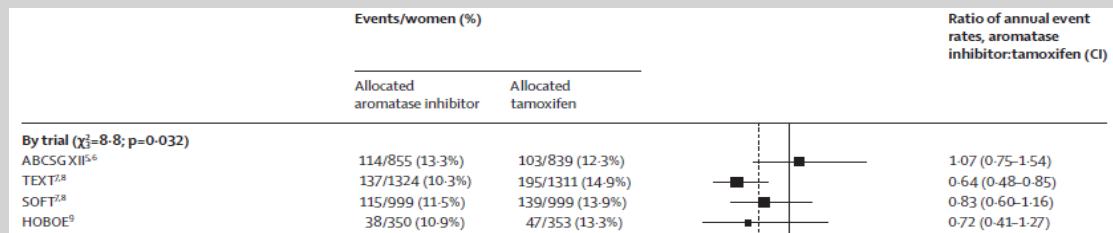
\* Behandlung nur solange sie tolerabel ist und die Pat. eindeutig prämenopausal ist  
Bei Z. n. Chemotherapie bei Wiedereintritt der Ovarialfunktion innerhalb von 24 Monaten  
Die Applikation einer Chemotherapie war in den Studien ein Surrogatmarker für hohes Rezidivrisiko

# AI NUR in Kombination mit OFS bei prämenopausalen Patientinnen

# Adjuvant Endocrine Therapy in Premenopausal Patients (OFS + TAM / AI)

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D



# Adjuvant Endocrine Therapy in Premenopausal Patients (OFS + TAM / AI)



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

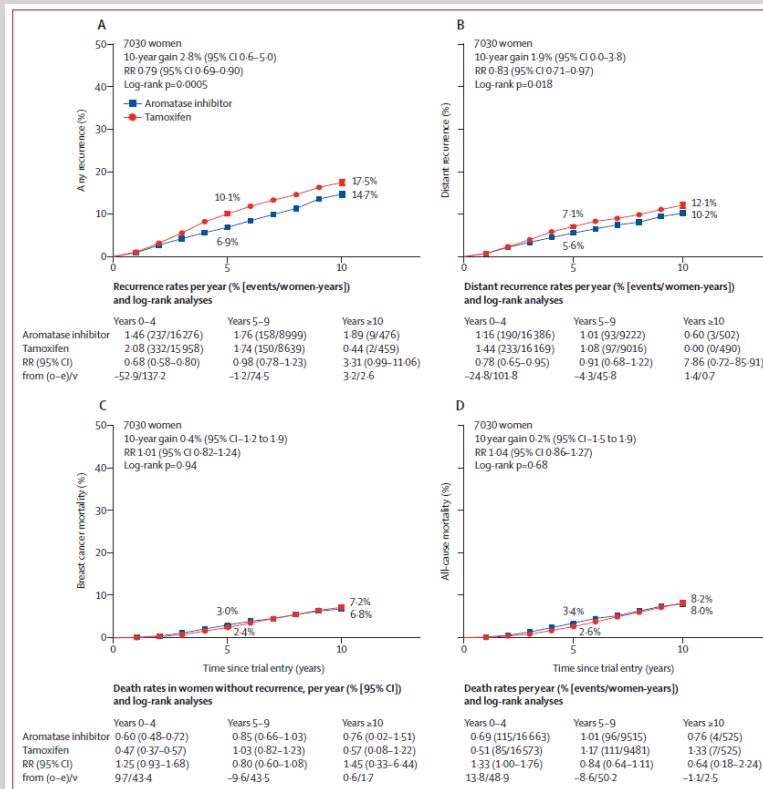
Guidelines Breast  
Version 2025.1D

## Any recurrence

## Breast cancer mortality

## Distant recurrence

## All-case mortality



www.ago-online.de

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

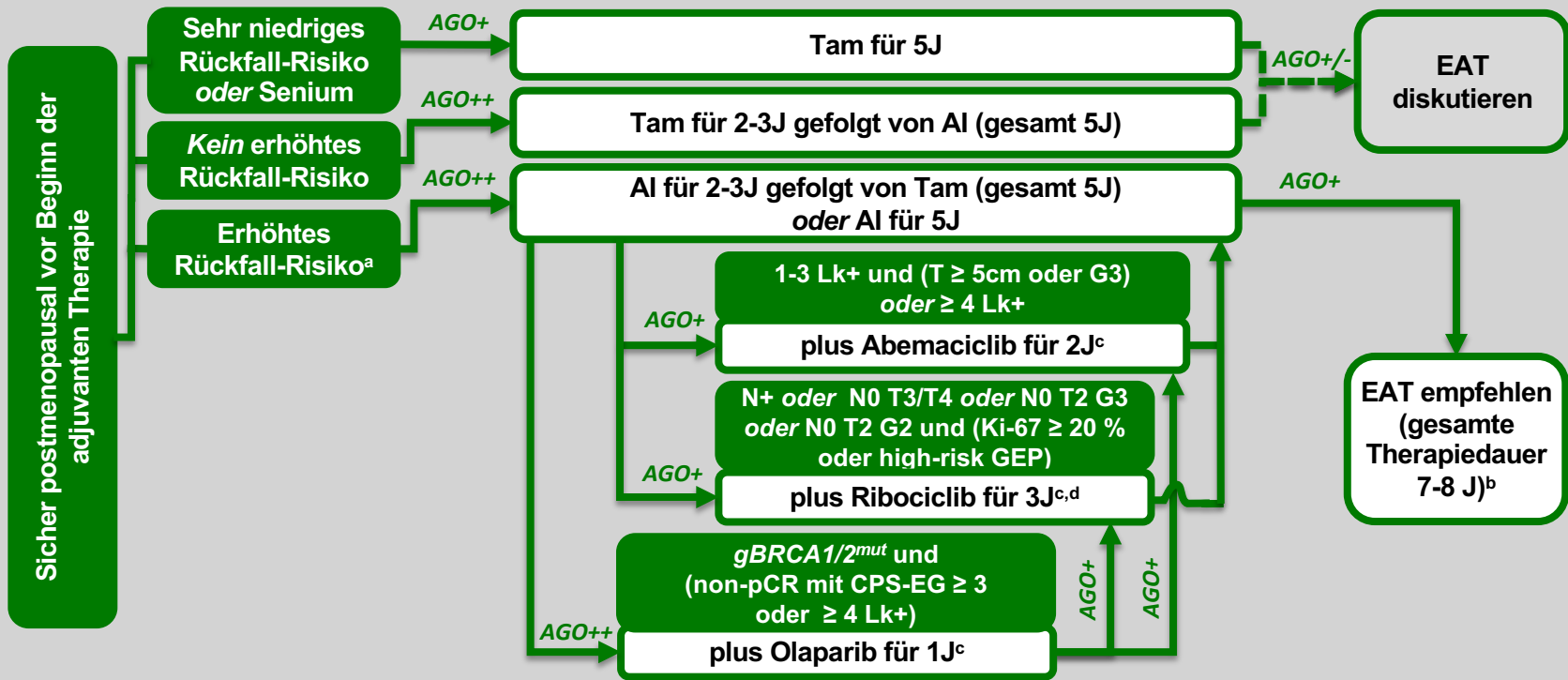
# Erweiterte adjuvante endokrine Therapie (EAT) bei prämenopausalen Patientinnen (Jahre 6-10)

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<b>Bei erhöhtem Rückfallrisiko</b>			
▪ 5 Jahre Tamoxifen nach 5 Jahren Tamoxifen	1a	A	++
▪ 2,5-5 Jahre AI nach 5 Jahren Tamoxifen prämenopausal, bei im Verlauf eindeutig nachgewiesener postmenopausaler Situation	1b	B	+
▪ 5 Jahre Tamoxifen nach 5 Jahre endokriner Therapie + OFS	5	D	+

# Adjuvante endokrin-basierte Therapie in der Postmenopause



AI, Aromataseinhibitor; CPS-EG, Clinical-Pathological Stage + Estrogen receptor status and Grade Score; EAT, erweiterte adjuvante endokrine Therapie; gBRCA1/2<sup>mut</sup>, Keimbahn BRCA1/2 Mutation; GEP, Genexpressionsprofil; J, Jahre; Lk, Lymphknoten; Tam, Tamoxifen; <sup>a</sup>Entscheidungskriterien können sein: Z. n. Chemotherapie, positiver Lymphknotenstatus, Tumoren ≥ T2, hohes Rückfallrisiko nach immunhistochemischen Kriterien oder Multigen-Assays, für EAT zusätzlich erhöhter CTS5-Score; <sup>b</sup>kein Einfluss auf das Gesamtüberleben; <sup>c</sup>nur HER2-negativ; <sup>d</sup>nur in Kombination mit AI.

# Adjuvante endokrine Therapie bei postmenopausalen Patientinnen (Jahre 1-5)

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Aromatasehemmer für die ersten 5 Jahre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hohes Rezidivrisiko</li> </ul> </li> </ul>	1a	A	++
	2b	B	+
<ul style="list-style-type: none"> <li> <b>Sequentielle Therapie für die ersten 5 Jahre*</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tam (2–3 Jahre) gefolgt von AI bis zur Gesamtdauer von 5 Jahren</li> <li>AI (2–3 Jahre) gefolgt von Tamoxifen bis zur Gesamtdauer von 5 Jahren</li> </ul> </li> </ul>	1a	A	++
	1a	A	++
	1b	C	++
	1a	A	+

\* Die endokrine adjuvante Therapie postmenopausaler Patientinnen sollte in den ersten 5 Jahren für 2-3 Jahre einen Aromatasehemmer enthalten

\*\* Eine Monotherapie mit Tamoxifen kann im Einzelfall in Abhängigkeit vom Alter, Rückfallrisiko und Kontraindikationslage eingesetzt werden.

# Erweiterte adjuvante endokrine Therapie (EAT) bei postmenopausalen Patientinnen (Jahre 6-10)

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

Guidelines Breast  
Version 2025.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN  
LEHREN  
HEILEN

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<b>Bei erhöhtem Rückfallrisiko:</b>			
▪ Nach 5 Jahren Tamoxifen, Tamoxifen für 5 Jahre	1a	A	+
▪ Nach 5 Jahren Tamoxifen, AI für 2 bis 5 Jahre	1a	A	++
▪ Nach initialer AI-haltiger Therapie (upfront oder Switch) Verlängerung der endokrinen Therapie mit AI auf eine Gesamttherapiedauer von 7-8 Jahren*			
▪ höheres Rückfall-Risiko und bei guter Verträglichkeit des AIs	1a	A	+
▪ niedriges Rückfall-Risiko, schlechte Verträglichkeit des AIs	1a	A	-
▪ Therapiepausen des AI bis zu 3 Monaten möglich unter kontinuierlicher EAT mit AI	1b	B	+/-

\* Kein Einfluss auf das Gesamtüberleben (OS)

# Decision Criteria for Extended Adjuvant Therapy

## Factors indicating a clinical benefit from EAT:

- Adjuvant tamoxifen therapy only
- Condition after chemotherapy (indicating high risk)
- Positive lymph node status and / or T2 / T3 tumors
- Elevated risk of recurrence based on immunohistochemical criteria or based on multi-gene expression assays
- High CTS5-score
- BCI (H/I) (Breast Cancer Index)

## Further decision criteria:

- Wish of patient
- up to now well tolerated AI therapy,
- good bone health
- younger age
- adherence