

48. San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS)

Das 48. San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) brachte im Dezember 2025 mehr als 11 000 Teilnehmende aus 102 Ländern zusammen. Der international renommierte Kongress, der vom 9. bis 12. Dezember 2025 in San Antonio, Texas, stattfand, diente erneut als zentrale Plattform für den wissenschaftlichen Austausch über aktuelle Fortschritte und Innovationen in der Brustkrebsforschung.

Ein zentrales Highlight im adjuvanten Setting war die Phase-III-Studie **lidERA**, in der der orale selektive Östrogenrezeptor-Degrader (SERD) Giredestrant bei Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem frühem Brustkrebs untersucht wurde. In dieser globalen Studie mit über 4000 Patientinnen konnte Giredestrant das Risiko für ein invasives Rezidiv oder Tod signifikant um 30% im Vergleich zur standard-endokrinen Therapie senken. Die Drei-Jahres-Raten des invasiven krankheitsfreien Überlebens lagen bei 92,4% gegenüber 89,6% unter Standardtherapie. Der Vorteil war konsistent über alle Subgruppen hinweg, und auch ein positiver Trend im Gesamtüberleben wurde beobachtet, wenngleich die Nachbeobachtungszeit noch relativ kurz ist. LidERA berichtet die ersten positiven Phase-III-Daten eines oralen SERD im adjuvanten Setting, was Giredestrant als potenziellen neuen Therapiestandard positioniert. Aditya Bardia von der University of California, Los Angeles, der die Daten vorstellte, wies darauf hin, dass lidERA seit der Zulassung der Aromatasehemmer in den 2000er-Jahren die erste Studie ist, die einen Vorteil einer neuartigen endokrinen Therapie beim frühen Brustkrebs gezeigt hat.

Im metastasierten HER2-positiven Setting sorgte die Phase-III-Studie **HER2CLIMB-05** für Aufmerksamkeit. Die Hinzunahme von Tucatinib zu Trastuzumab und Pertuzumab als Erhaltungstherapie nach Erstlinien-Induktion führte zu einer signifikanten Verlängerung des progressionsfreien Überle-

bens. Das mediane PFS betrug 24,9 Monate im Tucatinib-Arm im Vergleich zu 16,3 Monaten im Kontrollarm. Der Effekt war besonders ausgeprägt bei hormonrezeptor-negativen Tumoren. Obwohl die Gesamtüberlebensdaten noch unreif sind, zeigt sich ein positiver Trend. Das Sicherheitsprofil war erwartungsgemäss und gut handhabbar. Klinisch bedeutet dies eine verlängerte Krankheitskontrolle und eine längere chemotherapiefreie Zeit für die Patientinnen.

Ein weiteres wichtiges Thema war die Sicherheit der menopausalen Hormontherapie bei BRCA1/2-Mutationsträgerinnen nach prophylaktischer Adnexektomie. Die von Joanne Kotsopoulos (Women's College Hospital, Toronto, ON, Canada) präsentierten Daten zeigten kein erhöhtes Brustkrebsrisiko unter Hormontherapie, mit einem möglichen protektiven Effekt unter Östrogen-Monotherapie. Diese Ergebnisse geben zusätzliche Sicherheit in der Beratung betroffener BRCA-Mutationsträgerinnen und unterstützen eine individualisierte Entscheidungsfindung.

Auch im Bereich des Screenings wurden wichtige Daten von Laura Esserman (UCSF, San Francisco, CA) vorgestellt. Die US-amerikanische **WISDOM-1.0-Studie** (1) zeigte, dass ein risikoadaptiertes Screening, das genetische Risikofaktoren berücksichtigt, dem jährlichen Screening nicht unterlegen ist hinsichtlich der Detektion fortgeschrittener Tumorstadien. Bei Frauen mit niedrigem Risiko konnten Mammographien reduziert werden, während Frauen mit hohem Risiko ein intensivierendes Screening erhielten. Besonders bemerkenswert war, dass ein erheblicher Anteil von Frauen mit Genmutationen keine familiäre Vorbelastung angegeben hatte und somit im bisherigen System möglicherweise nicht getestet worden wäre. Diese Daten stärken das Konzept eines individualisierten Screeningansatzes.

Im chirurgischen Bereich setzte sich der Trend zur Deeskalation fort. Thorsten Kühn (Filderklinik gGmbH/University of Ulm, Deutschland) stellte die Daten der **AXSANA/EUBREAST-3-Studie** vor. Bei Patientinnen mit initial positivem Nodalstatus, die nach neoadjuvanter Chemotherapie eine Konversion zu ycN0 erreichen, waren weniger invasive Verfahren wie TAD, SLNB oder TLNB der klassischen Axilla-dissektion nicht unterlegen. Die Drei-Jahres-axilläre Rezidivfreiheit lag in beiden Gruppen bei etwa 99%, womit der primäre Endpunkt der Nichtunterlegenheit erreicht wurde. Diese Daten unterstützen eine Deeskalation zugunsten der Reduktion der chirurgischen Morbidität ohne onkologischen Nachteil.

Marjolein Smidt (*Maastricht University*, Niederlande) stellte die Daten der prospektiv randomisierten **BOOG-13-08-Studie** vor. Klinisch nodal negative Patientinnen mit T1/T2-Tumoren und geplanter brusterhaltender Operation mit adjuvanter Radiotherapie erhielten entweder eine SLNB oder keine axilläre Intervention. Das Fünf-Jahres regionale rezidivfreie Überleben lag bei 96.6% mit SLNB vs 94.2% im Arm ohne SLNB, was statistisch keinen signifikanten Unterschied bedeutete. Die axilläre Rezidivrate war in beiden Armen sehr tief (0.6% im SLNB-Arm und 1.1% im No-SLNB-Arm). Interessanterweise erhielten nur

44% der Patientinnen eine endokrine Therapie. Man muss hier jedoch festhalten, dass im No-SLNB-Arm bei 29.5% Fernmetastasen auftraten im Vergleich zu 23.7% im SLNB-Arm. Ob dies an der niedrigen Rate an adjuvanten Therapien lag (50% erhielten keinerlei adjuvante Systemtherapie), werden weitere Analysen und ein längeres Follow-up klären müssen. Die Interpretation dieser Ergebnisse erfordert daher Vorsicht und längere Nachbeobachtung.

Zusammenfassend spiegelte SABCS 2025 mehrere übergeordnete Entwicklungen wider: eine zunehmende Individualisierung der adjuvanten Systemtherapie, Fortschritte bei zielgerichteten oralen Substanzen, eine Verlängerung chemotherapiefreier Intervalle im metastasierten Setting sowie eine weitere chirurgische Deeskalation im Bereich der Axilla. Gleichzeitig bleibt die sorgfältige Patientinnenselektion entscheidend, um onkologische Sicherheit und Lebensqualität optimal in Einklang zu bringen.

Literatur

- 1 Esserman LJ et al, Risk-Based vs Annual Breast Cancer Screening. *The WISDOM Randomized Clinical Trial*. 2026; 335(9):763–74. doi:10.1001/jama.2025.24784