

werden im Gegensatz zu Metoclopramid keine extrapyramidalen Reaktionen beobachtet. Die Mehrzahl der Patienten ziehen diese neue Substanzgruppe altbewährten Antiemetika eindeutig vor.

Unter üblicher Dosierung lassen sich bei mehr als zwei Drittel aller Patienten das zytostatikainduzierte Übelsein und Erbrechen vollständig unterdrücken. Bei weiteren 20 bis 25 Prozent kommt es zu einer deutlichen Reduzierung der Zahl der Brechepisoden.

Durch Gabe von Steroidhormonen wird die Ansprechbarkeit herkömmlicher Antiemetika (zum Beispiel Metoclopramid) erhöht. Dies gilt offensichtlich auch für eine Kombination mit 5HT₃-Antagonisten.

Literatur

- Schmoll, H. J.: The role of ondansetron in the treatment of emesis induced by non-cisplatin-containing chemotherapy regimens. In: Ondansetron Symposium, Queen Elizabeth II Conference Centre London. June 29/30, 1989
- Hawthorn, Jan: The physiological basis of chemotherapy-induced emesis. In: Emesis and Cancer therapy: Current management and future prospects, Vol. 6, No. 3, October 1988
- Cubeddu, L. X. et al.: Efficacy of ondansetron (GR 38032F) and the role of serotonin in cisplatin-induced nausea and vomiting. In: New Eng. J. Med. Vol. 322, No. 12 (1990) 810-815
- Marty, M. et al.: Comparison of the 5HT₃ (Serotonin)-Antagonist ondansetron (GR 38032F) with high-dose metoclopramide in the control of cisplatin-induced emesis. In: New Eng. J. Med. (1990) 816-821
- Priestman, T. J.; Priestman, S. G.: Studies with ondansetron in the management of radiation-induced emesis. In: Ondansetron Symposium. Queen Elizabeth II Conference Centre London. June 29/30, 1989

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. med. Bernd Simon
Innere Abteilung
Kreiskrankenhaus Schwetzingen
Bodelschwingstraße 11
W-6830 Schwetzingen
Privatdozent
Dr. med. Peter Müller
Abteilung Innere Medizin IV
Medizinische Universitätsklinik
Gastroenterologie
Bergheimer Straße 58
W-6900 Heidelberg

Brusterhaltende Operation und adjuvante Therapie beim Mamma-Karzinom

National Institutes of Healths (NIH), Washington D. C.
Consensus Development Conference 1990

In den letzten Jahren haben brusterhaltende Therapieverfahren Einzug in den medizinischen Alltag gefunden, die es gilt, sinnvoll mit der Strahlen- und adjuvanten Systemtherapie zu kombinieren.

Seit der letzten Consensus-Conference in Washington im September 1985 liegen bisher lediglich Standardrichtlinien für die adjuvante Therapie beim nodal-positiven Mammakarzinom vor, nicht dagegen beim nodal-negativen Mammakarzinom (siehe Deutsches Ärzteblatt 83, 248-250, 1986).

Ziel dieser neuen Konferenz war nun, Stellung zu folgenden Fragen zu nehmen:

- Bedeutung der Mastektomie im Vergleich zur brusterhaltenden Therapie?
- Optimale Techniken der Brusterhaltung?
- Bedeutung der adjuvanten Therapie bei Patientinnen mit nodal-negativem Mammakarzinom?
- Wie sollen Prognosefaktoren im Management des nodal-negativen Mammakarzinoms eingesetzt werden?
- Richtung weiterer Forschung?

Zusammenfassung und Schlußfolgerung:

- Die brusterhaltende Therapie ist für die Mehrzahl der Frauen die bevorzugte Methode zur Primärtherapie des Mammakarzinoms im Stadium I/II (T1-3, No/To-2, N1), da die erzielten Überlebensdaten mastektomierter Patienten vergleichbar sind.
- Die empfohlenen Techniken für ein brusterhaltendes Vorgehen sind: Lokale Exzision des Primärtumors mit tumorfreien Absetzungsrandern,

axillärer Lymphonodektomie (Level I und II) und Bestrahlung der Brust mit 45-50 Gy (\pm Boost von 10-15 Gy)

3. Patientinnen mit nodal-negativem Mammakarzinom sollten weiter möglichst an klinischen Studien teilnehmen.

4. Durch adjuvante Chemo- oder Tamoxifen-Therapie sind Lokal- und Fernmetastasierungsrate beim nodal-negativen Mammakarzinom eindeutig verringert. Außerhalb klinischer Studien muß ihr Einsatz jedoch mit jeder Patientin sorgfältig besprochen und entschieden werden.

5. Außerhalb klinischer Studien ist bei Patientinnen mit nodal-negativen Tumoren \leq 1 cm eine adjuvante Therapie nicht erforderlich.

6. Zur genauen Einschätzung des individuellen Rezidiv- und Todesrisikos stellen bisher Prognosefaktoren keine verlässliche Möglichkeit dar.

Prof. Dr. med. Manfred Kaufmann,
Heidelberg

Prof. Dr. med. Walter Jonat, Hamburg
Prof. Dr. med. Wolfgang Eiermann, München
Prof. Dr. med. Heinrich Maass, Hamburg
Prof. Dr. med. Gunther Bastert, Heidelberg

Anschrift für die Verfasser:

Professor Dr. med.
Manfred Kaufmann
Universitäts-Frauenklinik
Voßstraße 9
W-6900 Heidelberg