



12th St.Gallen International Breast Cancer Conference

Primary Therapy of Early Breast Cancer
with Treatment Consensus Update

16 - 19 March 2011
St. Gallen, Switzerland



12th St.GALLEN INTERNATIONAL BREAST CANCER CONFERENCE

Primary Therapy of Early Breast Cancer

16 – 19 March 2011

CHAIRMEN

Aaron Goldhirsch (Swi) - William Wood (USA)

SECRETARY

Giuseppe Curigliano (Ita)

CONSENSUS PANEL

Aapro, Matti (Swi)

Albain, Kathy (USA)

Barrios, Carlos (Bra)

Baselga, José (Spa)

Bergh, Jonas (Swe)

Bonnefol, Hervé (Fra)

Burstein, Harold (USA)

Castiglione, Monica (Swi)

Coates, Alan (Aul)

Colleoni, Marco (Ita)

Costa, Alberto (Ita)

Davidson, Nancy (USA)

Di Leo, Angelo (Ita)

Ejlertsen, Bent (Den)

Forbes, John (Aul)

Gelber, Richard (USA)

Glaus, Agnes (Swi)

Glick, John (USA)

Gnant, Michael (Aus)

Goodwin, Pamela (Can)

Goss, Paul (USA)

Harris, Jay (USA)

Hayes, Dan (USA)

Ingle, James (USA)

Jassem, Jacek (Pol)

Jiang, Zefei (Chi)

Kaufmann, Manfred (Ger)

Karlsson, Per (Swe)

von Minckwitz, Günther (Ger)

Morrow, Monica (USA)

Namer, Moise (Fra)

Norton, Larry, (USA)

Osborne, Kent (USA)

Penault-Llorca, F (Fra)

Perou, Charles (USA)

Piccart-Gebhart, Martine (Bel)

Possinger, Kurt (Ger)

Pritchard, Kathy (Can)

Rutgers, Emiel (Nth)

Semiglazov, Vladimir (Rus)

Smith, Ian (UK)

Thürlimann, Beat (Swi)

Toi, Masakazu (Jap)

Tutt, Andrew (UK)

Untch, Michael (Ger)

Viale, Giuseppe (Ita)

Watanabe, Toru (Jap)

Wilcken, Nicholas (Aul)

Winner, Eric (USA)

10 AREAS DE CONTROVERSIDIA

1. Cirugía: ganglio centinela
2. Radioterapia: CDIS, acelerada, parcial, postmastect.
3. Patología: ER, PgR, HER2, Ki67, grado
4. Multi-gene signature
5. Endocrinoterapia: (esp. SFO, tam, IAs)
6. Quimioterapia: (esp. antra, taxanos, platino)
7. Terapias dirigidas (targeted)
8. Neoadyuvancia sistémica
9. Bifosfonatos
10. Cáncer en el hombre

Nota: todas las respuestas son % por SI – NO – Abst



CIRUGIA

¿Está indicada la búsqueda rutinaria por IHQ de bajos volúmenes de enfermedad en el GC?

22 %

71 %

7 %

¿Está indicado completar la LAC en ptes. con ITCs sometidas a mastectomía?

6 %

92 %

2 %

¿Está indicado completar la LAC en ptes. con ITCs sometidas a cirugía conservadora?

0 %

93 %

7 %

¿Está indicado completar la LAC si hay ITCs en el seno marginal o el cuerpo del GC?

0 %

98 %

2 %

¿Está indicado completar la LAC si hay microMTS <0.2mm en un solo GC, en cirugía conservadora?

4 %

92 %

4 %

¿Está indicado completar la LAC si hay microMTS 0.2 - 2mm en un solo GC, en cirugía conservadora?

19 %

77 %

4 %

¿Puede extenderse el resultado del Z011 a mastectomía sin RT?

17 %

71 %

12 %



RADIOTERAPIA

¿La Rt debe considerarse estándar para CDIS totalmente extirpado, en cirugía conservadora?

68 %

24 %

8%

¿Puede evitarse la Rt en ptes. mayores de 70 años (Cx cons.)?

58 %

33 %

9 %

¿Puede evitarse la Rt en muchos CDIS de bajo grado /bajo riesgo?

62 %

32 %

6 %

¿Debe considerarse la WBRT acelerada una opción aceptable?

92 %

4 %

4%

(Deberá evaluarse para que pacientes)

¿Debe preferirse la Rt estándar si hay extensa invasión vascular?

35 %

33 %

33 %

¿Es aceptable la PBRT (intraoperatoria) en cirugía conservadora?

Como radioterapia definitiva, sin ninguna irradiación externa

49 %

36 %

15%

En lugar del boost externo

61 %

17 %

22 %

¿Podría considerarse en ptes. seleccionadas? (inclusive intraoperatoria)

Mayores de 70 años

87 %

7 %

6%

En ptes. irradiadas en manto por linfoma

37 %

26 %

37 %

¿Debería ser estándar en ptes. con ≥ 4 ganglios positivos?

88 %

5 %

7 %

¿Debería recomendarse a **todos** los ptes. con 1 a 3 N+ (pT1)?

18 %

71 %

11 %

1 a 3 N+ (pT1) ¿**Sólo** a las ptes. jóvenes (*hasta 45 años*)?

51 %

42 %

7 %

1 a 3 N+ ¿Si presentan **extensa invasión vascular (+ de 2 campos)**?

57 %

26 %

17 %

¿Debería recomendarse a **todos los ptes. con 1 a 3 N+ y pT>2.0cm**?

19 %

13 %

75 %



¿Conforme al subtipo molecular?

Se decidió no votarla



PATOLOGIA

¿La definición de subtipos podría hacerse usando **solamente** las variables disponibles y reproducibles?

91 %

9 %

0 %

Basal-like ¿Usar **también** CK 5,6+ y/o EGFR+?

7 %

81 %

12 %

Luminal B (presum. p/histo)

¿Usar **también** ER+PgR- y/o Ki67>14% y/o G3, con/sin HER2+?

51 %

36 %

13 %

Luminal A ¿Usar solamente ER+, PgR+, HER2-, Ki67≤14%?

85 %

11 %

4 %

HER2-pos ¿Usar solamente IHQ>10% o FISH 2.0 (definición FDA)?

68 %

23 %

9 %

**¿La elección de la terapia depende del subtipo tumoral
definido por multiarrays genómicos?**

20 %

76 %

4 %

**A fines prácticos ¿El subtipo tumoral puede ser comprobado
por tests no genómicos? (ER, PgR, HER2, Ki67)**

83 %

12 %

5 %

Dar o no dar QTP ¿Debería estar influido por el subtipo tumoral?

74 %

19 %

7 %



FIRMA GENETICA

Multi-gene signatures

12th St.Gallen International
Breast Cancer Conference

¿Podría considerarse usar **Oncotype Dx** para predecir la respuesta a QTP en ptes. endocrino-respondedoras?

84 %

11 %

5 %

¿Podría considerarse usar **Mammaprint** para predecir la respuesta a QTP?

30 %

64 %

6 %



ENDOCRINOTERAPIA

¿Solamente tamoxifen?

94 %

6 %

0 %

¿SFO + TAM es una opción razonable?

82 %

12 %

6 %

¿SFO1 + Tam preferible a tamoxifen solo?

28 %

58 %

14 %

¿SFO solamente en ciertas circunstancias?

71 %

26 %

3 %

¿Es válido SFO + AI ante contraindicación a tamoxifen?

76 %

12 %

12 %

**ETP: estableciendo estándares
POSTMENOPAUSICAS**

12th St.Gallen International
Breast Cancer Conference

¿Todas deberían recibir un AI?

50 %

50 %

0 %

¿Deberían recibir un AI las N-pos?

79 %

21 %

0 %

¿Debería alguna recibir tamoxifen solo?

89 %

11 %

0 %

¿Si AI, debería indicarse de inicio siempre?

41 %

52 %

7 %

¿Considerar el switch a TAM en ptes. Con intolerancia a AIs?

99 %

0 %

1 %

¿Es AI por 5 años, suficiente para riesgos bajo/moderado?

81 %

12 %

7 %

¿Debería la elección de AI o TAM basarse en características biológicas?
(N-pos, Ki 67)

48 %

52 %

0 %

**ETP: estableciendo estándares
POSTMENOPAUSICAS**

12th St.Gallen International
Breast Cancer Conference

¿Debería ofrecerse AI por más de 5 años a ptes. **N-pos?**

34 %

55 %

11 %

¿Debería ofrecerse AI por más de 5 años a ptes. **< 55 años**
independientemente del estado ganglionar?

5 %

86 %

9 %

¿Es importante la determinación de CYP2D6 para definir la terapia endocrina en PREMENOPAUSICAS?

2 %

98 %

0 %

¿Y en POSTMENOPAUSICAS (AI vs. TAM)?

2 %

96 %

2 %

¿Las pacientes que reciben TAM deberían testear CYP2D6?

2 %

96 %

2 %

HER2-pos ¿Debería ser una indicación para agregar siempre QTP?

84 %

11 %

5 %

HER2-pos ¿Debería ser una indicación para AI en postmenopáusicas?

39 %

51 %

10 %

Obesidad ¿Debería considerarse una contraindicación a AI en postmenopáusicas?

11 %

76 %

13 %



QUIMIOTERAPIA

SON FACTORES ARGUMENTABLES PARA LA INCLUSION DE QTP

¿Grado histológico 3?

76 %

2 %

22 %

¿Ki67 > 14%?

69 %

15 %

16 %

¿Receptores hormonales bajos (<50%)?

68 %

32 %

10 %

SON FACTORES ARGUMENTABLES PARA LA INCLUSION DE QTP

¿HER2-positivo?

96 %

4 %

0 %

¿Basal-like?

98 %

2 %

0 %

¿Cualquier positividad ganglionar?

45 %

51 %

4 %

SON FACTORES ARGUMENTABLES PARA LA INCLUSION DE QTP

¿Más de 3 ganglios positivos?

88 %

9 %

3 %

¿Invasión linfovascular?

40 %

49 %

11 %

SON FACTORES ARGUMENTABLES PARA LA INCLUSION DE QTP

**Quando están disponibles los tests genéticos aprobados
¿Podrían usarse para seleccionar la QTP?
(si no hay indicaciones absolutas (HER2+,etc) y en adición a ETP)**

84 %

14 %

2 %

¿Podría usarse UPA/UPAI para seleccionar la QTP?

23 %

50 %

27 %

¿Es el fenotipo Luminal A menos respondedor a la QTP?

86 %

5 %

9 %

¿Es menos útil la QTP añadida a ETP en Luminales A?

85 %

0 %

15 %

¿Hay alguna QTP preferente para Luminales A?

14 %

84 %

2 %

¿La QTP para Luminal B debería contener antraciclina (vs. CMF)?

71 %

14 %

15 %

¿La QTP para Luminal B debería contener taxanos?

63 %

26 %

11 %

¿Hay alguna QTP preferente para el fenotipo HER2-pos?

37 %

59 %

4 %

HER2-pos ¿En la QTP podría considerarse las antraciclinas?

98 %

2 %

0 %

HER2-pos ¿La QTP debería incluir taxanos?

74 %

23 %

3 %

¿La QTP debería incluir antraciclinas y taxanos?

82 %

13 %

5 %

¿Debería contener alquilantes (Ciclofosfamida)?

93 %

2 %

5 %

¿Debería contener platino?

18 %

64 %

18 %

¿Debería considerarse utilizar intensidad de dosis?

52 %

41 %

7 %

**¿Debería agregarse un antiangiogénico al fenotipo
Basal-like?**

2 %

88 %

10 %



TRASTUZUMAB

Es el esquema preferido en USA sin ADM pero NO hay trials que lo fundamenten

- Paclitaxel semanal por un año con trastuzumab
- Si 85
- Podría ser subsiguiente a quimioterapia
- Si 83
- Aclaración del panel no se vota cual es la preferencia
- Para pt1a (pt1h) si no puede usar ADM paclitaxel es una opción
- Aclaración del panel en el standard en la práctica es otra opción
- Trastuzumab en pacientes de bajo riesgo
- No se vota
- Hacer herceptin mas nuevas hormonoterapias es apropiado
- Si 20 No 77,8
- En mamaprint bajo riesgo her2 + es mejor Ht + trastuzumab que qt mas trastuzumab.
- No hay trials sobre esto en USA

¿Es trastuzumab por 1 año + QTP la adyuvancia estándar para HER2-pos?

100 %

0 %

0 %

¿También para tumores entre 0.5 y 1.0cm, N-neg?

79 %

15 %

16 %

¿Y para T1a N0?

24 %

61 %

15 %

Si TTZ es disponible ¿Es indicable por menor de 1 año?

25 %

62 %

13 %

Si TTZ es poco disponible ¿Es indicable por menos de 1 años?

71 %

13 %

16 %

Si TTZ es disponible ¿Es indicable por más de 1 año?

5 %

84 %

11 %

¿Debería darse concurrente con QTP?

86 %

10 %

4 %

¿Podría darse secuencial a QTP?

84 %

9 %

7 %

¿Es aceptable indicarlo solo?

20 %

78 %

2 %

¿Es aceptable indicarlo más endocrinoterapia (sin QTP)?

67 %

23 %

10 %



NEOADYUVANCIA

¿Debería indicarse sólo para evitar la mastectomía?

37 %

61 %

2 %

¿La forma (QTP,ETP,TTZ) debería ser la que
más probablemente lo logre?

73 %

12 %

15 %

NeoQTP ¿Es razonable para CM de baja proliferación?
(Ki67 < 14% según corte del patólogo)

24 %

64 %

12 %

NeoQTP ¿Es razonable para CM altamente hormono-sensible?

19 %

77 %

4 %

SI ESTA INDICADA NEOQUIMIOTERAPIA

¿Debería incluir **taxanos**?

83 %

9 %

8 %

¿Debería incluir **antraciclinas**?

98 %

2 %

0 %

¿Debería incluir **platino (off trials)**?

86 %

12 %

2 %

NEOQUIMIOTERAPIA EN HER2-pos

¿Debería contener **siempre** una droga anti-HER?

87 %

9 %

4 %

¿Es una opción razonable en estos casos usar **doble** targeting?

22 %

67 %

11 %

¿Es razonable para ptes. con CM altamente hormono-responder?

98 %

2 %

0 %

SI SE INDICA, DEBERIA PROLONGARSE:

Por 3 - 4 meses

15 %

Por 4 – 8 meses

39 %

Hasta la mayor respuesta

46 %



BIFOSFONATOS

**CONSIDERANDO EL BENEFICIO CLINICO, DEBERÍA RECOMENDARSE
Ac. ZOLEDRONICO DURANTE LA ENDOCRINOTERAPIA A:**

Premenopáusicas independiente de SFO

10 %

81 %

9 %

Postmenopáusicas

21 %

72 %

7 %

Denosumab ¿Debería sustituir al ác. zoledrónico?

2 %

83 %

15 %

Bifosfonatos

EL Ac. ZOLEDRONICO DADO CADA 6 MESES DURANTE LA
ENDOCRINOTERAPIA **MEJORA EL DFS** EN:

Premenopáusicas

23 %

67 %

10 %

Postmenopáusicas

33 %

44 %

23 %



CANCER ER+ EN EL HOMBRE

¿Debería darse **tamoxifeno** adyuvante a todos?

85 %

6 %

9 %

¿Podría considerarse dar **Als** si TAM contraindicado?

54 %

33 %

13 %

¿Podría darse un **AI** como adyuvancia extendida en casos N+?

28 %

41 %

31 %

