

Highlights des ESMO-Kongresses 2025

Umfassende Berichterstattung über bahnbrechende Brustkrebsforschung vom ESMO 2025

Auf dem Kongress 2025 der European Society for Medical Oncology (ESMO) wurden bahnbrechende klinische Studien in der translationalen Krebsforschung vorgestellt. In den Sitzungen wurden praxisverändernde Daten für frühe Stadien von Brustkrebs, metastasierten Brustkrebs und die onkologische Pflege vorgestellt. Diese Zusammenfassung bietet einen umfassenden Überblick über die wichtigsten auf der Konferenz vorgestellten klinischen Studien und unterstreicht deren Potenzial, die Behandlungsstandards für Brustkrebs neu zu definieren.

Fünfjahresergebnisse der NATALEE-Studie: Adjuvantes Ribociclib (RIB) plus nicht-steroidaler Aromatasehemmer (NSAI) bei Patientinnen mit Hormonrezeptor-positivem (HR+) und humanem epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor 2-negativem (HER2-) frühem Mammakarzinom (EBC)¹

Hintergrund

Die Phase-III-Studie NATALEE zeigte, dass die adjuvante Gabe von RIB + NSAI zu einem statistisch signifikanten Vorteil beim invasiven krankheitsfreien Überleben (iDFS) bei Patientinnen mit HR+/HER2- EBC im Stadium II und III führte. Die im Prüfplan festgelegte 5-Jahres-Wirksamkeitsanalyse wurde auf der ESMO 2025 vorgestellt.

NATALEE-Studie

Patientinnen mit HR+/HER2- EBC wurden 1:1 randomisiert und erhielten entweder RIB + NSAI (Letrozol oder Anastrozol) oder NSAI allein. Männliche und prämenopausale Patientinnen erhielten Goserelin. Patientinnen mit anatomischem Stadium IIA, Stadium IIB oder Stadium III wurden gemäß dem American Joint Committee on Cancer (AJCC), 8. Auflage inkludiert. Der primäre Endpunkt des iDFS und die sekundären Wirksamkeitsendpunkte fernmetastasenfreies Überleben (DDFS), fernrezidivfreies Überleben (DRFS) und Gesamtüberleben (OS) wurden mit Hilfe der Kaplan-Meier-Methoden ausgewertet. Statistische Vergleiche wurden mit dem stratifizierten Log-Rank-Test durchgeführt.

Ergebnisse

Zum Datenstichtag hatten alle Patientinnen die RIB-Behandlung abgeschlossen, und 36 % im Arm RIB + NSAI sowie 34,4 % im Arm NSAI allein hatten 5 Jahre NSAI-Behandlung vollendet. Mit einer medianen iDFS-Nachbeobachtungszeit von 55,4 Monaten zeigte RIB + NSAI einen anhaltenden iDFS-Vorteil gegenüber NSAI allein, mit einer Hazard Ratio (HR) von 0,716 (95 %-Konfidenzintervall (KI): 0,618–0,829; nominaler 1-seitiger p-Wert < 0,0001). Die absoluten iDFS-Raten betrugen 90,8 % vs. 88,0 % nach 3 Jahren, 88,3 % vs. 83,9 % nach 4 Jahren und 85,5 % vs. 81,0 % nach 5 Jahren. Dies entsprach einer absoluten Verbesserung von 2,7 % nach 3 Jahren, 4,4 % nach 4 Jahren bzw. 4,5 % nach 5 Jahren.

Der iDFS-Vorteil wurde über alle Subgruppen hinweg beobachtet, einschließlich N0 (HR: 0,606; 95 %-KI: 0,372–0,986). RIB + NSAI zeigte im Vergleich zu NSAI allein auch einen anhaltenden Vorteil beim DDFS (HR: 0,709; 95 %-KI: 0,608–0,827) und DRFS (HR: 0,699; 95 %-KI: 0,594–0,824). Es zeigte sich ein positiver Trend für das OS zugunsten von RIB + NSAI (HR: 0,800; 95 %-KI: 0,637–1,003; nominaler 1-seitiger $p = 0,026$). Mit einer medianen Nachbeobachtungszeit von etwa 2 Jahren nach Abschluss der RIB-Gabe wurden keine neuen Sicherheitssignale beobachtet.

Schlussfolgerung

In dieser 5-Jahres-Landmark-Analyse mit reifen Wirksamkeitsdaten reduzierte RIB + NSAI das Risiko eines invasiven und fernen Rezidivs im Vergleich zu NSAI allein, einschließlich bei Patientinnen mit Hochrisiko-N0-Erkrankung. Die klinischen Ergebnisse deuten auf einen anhaltend positiven Trend für das OS zugunsten von RIB + NSAI hin. Der wachsende Überlebensvorteil, der anhaltende Nutzen und die signifikante Verringerung des Rezidivrisikos belegen den Nutzen der Behandlung mit adjuvantem RIB + NSAI bei Patientinnen mit HR+/HER2–EBC.

Primäre OS-Ergebnisse von adjuvantem Abemaciclib plus endokriner Therapie (ET) bei HR+ HER2–, Hochrisiko-EBC aus der MonarchE-Studie²

Hintergrund

Bei Patientinnen mit HR+ HER2–, nodal-positivem Hochrisiko-EBC zeigte die 2-jährige adjuvante Therapie mit Abemaciclib + ET eine statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserung des iDFS und DRFS gegenüber ET allein. Etwa 650 Todesfälle in der Intent-to-Treat (ITT)-Population lösten eine primäre OS-Analyse aus.

MonarchE-Studie

MonarchE ist eine offene, randomisierte Phase-III-Studie bei Patientinnen mit HR+ HER2–, Hochrisiko-EBC. Die Patientinnen wurden (1:1) randomisiert und erhielten ET für mindestens 5 Jahre ± Abemaciclib für die ersten 2 Jahre. Hochrisiko-EBC war definiert als entweder ≥ 4 positive axilläre Lymphknoten (ALN) oder 1–3 ALN + entweder Grad-3-Erkrankung und/oder Tumor ≥ 5 cm (Kohorte 1). Patientinnen mit 1–3 ALN + und zentralem Ki67 $\geq 20\%$ wurden in Kohorte 2 aufgenommen. Die ITT-Population bestand aus Kohorte 1 ($n = 5.120$) und 2 ($n = 517$).

Ergebnisse

Eines der Highlights des ESMO 2025 waren die aktualisierten Daten der MonarchE-Studie, die primäre OS-Ergebnisse (sekundärer Endpunkt) sowie aktualisierte iDFS- und DRFS-Daten zeigten. In der ITT-Population waren bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 6,3 Jahren 301 Patientinnen im Arm Abemaciclib + ET und 360 Patientinnen im ET-Arm verstorben. Im Vergleich zu ET allein reduzierte die Zugabe von Abemaciclib zu ET das Sterberisiko um 15,8 % mit einer HR von 0,84 (95 %-KI: 0,72–0,98; $p = 0,027$). Der iDFS- und DRFS-Vorteil hielt bis zu 7 Jahren an, mit einer HR von 0,73 (95 %-KI: 0,66–0,82) bzw. 0,75 (95 %-KI: 0,66–0,84). Nach 7 Jahren betrug das iDFS 77,4 % mit Abemaciclib + ET gegenüber 70,9 % mit ET, und das DRFS betrug 80,0 % gegenüber 74,9 %.

Wichtige Ergebnisse

Die Zugabe von 2 Jahren adjuvantem Abemaciclib zur ET führte zu einer statistisch signifikanten Verbesserung des OS gegenüber ET bei Patientinnen mit HR+ HER2– EBC. Nach 7 Jahren zeigte Abemaciclib + ET einen

anhaltenden iDFS- und DRFS-Vorteil, und die Langzeit-Sicherheitsdaten gaben keinen Anlass zur Sorge hinsichtlich verzögerter Toxizitäten.

Schlussfolgerung

Adjuvantes Abemaciclib verbessert signifikant das OS bei Hochrisiko-HR+-EBC, insbesondere bei prämenopausalen Patientinnen und solchen mit > 10 positiven Lymphknoten. Die iDFS-Vorteile waren anhaltend.

Erste Daten der DESTINY-Breast11-Studie: Untersuchung von neoadjuvantem Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) allein oder T-DXd gefolgt von Paclitaxel, Trastuzumab und Pertuzumab (T-DXd-THP) im Vergleich zu Chemotherapie bei Hochrisiko-HER2+ EBC³

Hintergrund

Für Patientinnen mit HER2+-EBC ist die derzeitige neoadjuvante Standardtherapie (SOC) Trastuzumab (H) plus Pertuzumab (P), gleichzeitig oder sequenziell mit einer Polychemotherapie. T-DXd, ein Antikörper-Wirkstoff-Konjugat, das aus Trastuzumab besteht, das an eine Topoisomerase-I-Inhibitor-Nutzlast gekoppelt ist, ist für die Behandlung von Erwachsenen mit inoperablem oder metastasiertem HR+-HER2-low- oder HER2-ultralow-Mammakarzinom zugelassen. Die DESTINY-Breast11-Studie vergleicht in einer multizentrischen, offenen, randomisierten Phase-III-Studie neoadjuvantes T-DXd oder T-DXd-THP mit dosisdichtem Doxorubicin + Cyclophosphamid (ddAC)-THP.

DESTINY-Breast11-Studie

Erwachsene mit unbehandeltem Hochrisiko-HER2+-EBC wurden zu T-DXd, T-DXd-THP oder ddAC-THP randomisiert. Der untersuchte primäre Endpunkt war die pathologische Komplettremission (pCR), zu den sekundären Endpunkten zählten das ereignisfreie Überleben (EFS) und die Sicherheit.

Ergebnisse

Bis März 2025 wurden 321 bzw. 320 Patientinnen zu T-DXd-THP bzw. ddAC-THP randomisiert. Die beobachteten pCR-Raten betrugen 67,3 % für T-DXd-THP und 56,3 % für die ddAC-THP-Gruppe. Zum Datenstichtag wurde ein früher positiver EFS-Trend bei T-DXd-THP im Vergleich zu ddAC-THP beobachtet.

Die Raten unerwünschter Ereignisse (AEs) des Grades ≥ 3 betrugen 37,5 % für T-DXd-THP gegenüber 55,8 % für ddAC-THP. Eine erhöhte Inzidenz von linksventrikulärer Dysfunktion wurde festgestellt, mit 1,9 % in der T-DXd-THP-Gruppe gegenüber 9,0 % in der ddAC-THP-Gruppe. In keinem Arm verhinderte ein unerwünschtes Ereignis die Operation.

Schlussfolgerung

Neoadjuvantes T-DXd-THP zeigte eine statistisch signifikante Verbesserung der pCR, einen frühen positiven EFS-Trend und ein verbessertes Sicherheitsprofil im Vergleich zu ddAC-THP. Die verbesserte klinische Wirksamkeit und geringere Toxizität von neoadjuvantem T-DXd-THP gegenüber ddAC-THP deuten auf ein Potenzial als neues Anthrazyklin-freies Regime für Patientinnen mit Hochrisiko-HER2+-EBC hin.

Fünf-Jahres-Nachbeobachtungsergebnisse der POSITIVE-Studie (Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for Women with Endocrine Responsive Breast Cancer)⁴

Hintergrund

Die Mehrheit der jungen Frauen mit EBC hat eine HR+-Erkrankung, und eine langfristige ET nach der Operation verhindert die Empfängnis. Die POSITIVE-Studie evaluiert die Schwangerschaftsergebnisse und die Sicherheit einer Unterbrechung der adjuvanten ET bei jungen Frauen mit HR+-Mammakarzinom, die schwanger werden möchten. Nun liegen aktualisierte Ergebnisse zum brustkrebsfreien Intervall (BCFI), zum fernrezidivfreien Intervall (DRFI), zu Schwangerschafts- und in-vitro-Fertilisationsergebnissen sowie zur Wiederaufnahme der ET vor.

POSITIVE-Studie

Eine prospektive einarmige Studie, die eine vorübergehende Unterbrechung der adjuvanten ET nach 18–30 Monaten für bis zu 2 Jahre zum Zwecke einer Schwangerschaft bei jungen Brustkrebs-Überlebenden evaluiert. Die Studie schloss 518 geeignete Frauen von 2014 bis 2019 ein, mit einem Vergleich zu einer passenden externen Kontrollgruppe von Patientinnen der SOFT/TEXT-Studie zur Schätzung der 5-Jahres-Ereignisraten für BCFI und DRFI.

Ergebnisse

Bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 71 Monaten in der POSITIVE-Kohorte bzw. 80 Monaten in der SOFT/TEXT-Kontrollkohorte betrug die kumulative 5-Jahres-Inzidenz von BCFI-Ereignissen 12,3 % in POSITIVE und 13,2 % in SOFT/TEXT. Die kumulative 5-Jahres-Inzidenz von DRFI-Ereignissen betrug 6,2 % in POSITIVE und 8,3 % in SOFT/TEXT. Von den 497 Frauen, die hinsichtlich der Schwangerschaftsergebnisse nachbeobachtet wurden, hatten 75,8 % mindestens eine Schwangerschaft während der Studie, 69 % hatten mindestens eine Lebendgeburt mit 440 Neugeborenen, und 75 Patientinnen hatten mehr als eine Lebendgeburt während der Studie.

Eine 18-Monats-Landmark-Analyse bestätigte, dass Patientinnen, die schwanger wurden, ähnliche BCFI-Ereignisse hatten wie jene, die dies nicht taten. Die kumulative 5-Jahres-Inzidenz von BCFI-Ereignissen betrug 14,0 % (95 %-KI: 9,6 % bis 20,2 %) bei den 180 Patientinnen, bei denen vor der Aufnahme eine Kryokonservierung von Embryonen/Eizellen durchgeführt wurde, im Vergleich zu 11,5 % (95 %-KI: 8,4 % bis 15,7 %) bei denen, bei denen dies nicht der Fall war. Von den 429 Patientinnen, die mindestens 2 Jahre nachbeobachtet wurden und krankheitsfrei blieben, haben 352 (82 %) die ET wieder aufgenommen. Die laufende Nachbeobachtung wird helfen, die Langzeitergebnisse zu bewerten.

Schlussfolgerung

Bei jungen Patientinnen mit Mammakarzinom erhöht die vorübergehende Unterbrechung der ET zum Zwecke einer Schwangerschaft das Risiko für brustkrebsbezogene Ereignisse bei einer 5-Jahres-Nachbeobachtung nicht. Mehr als zwei Drittel der Frauen hatten eine Lebendgeburt, und die meisten nahmen die ET gemäß Prüfplan wieder auf.

Das vorübergehende Aussetzen der ET ermöglicht es jungen Brustkrebs-Überlebenden, schwanger zu werden und eine erfolgreiche Schwangerschaft zu erleben, und diese Therapiepause verändert die krankheitsfreien Intervalle oder rezidivfreien Intervalle bei diesen Patientinnen nicht.

Primäre Ergebnisse von ASCENT-03: Eine randomisierte Phase-III-Studie zu Sacituzumab Govitecan (SG) im Vergleich zu Chemotherapie bei Patientinnen mit zuvor unbehandeltem fortgeschrittenem triple-negativem Mammakarzinom (TNBC), die keine PD-(L)1-Inhibitoren (PD-[L]1i)⁵ erhalten können

Hintergrund

Für Patientinnen mit metastasiertem TNBC (mTNBC), die keine PD-(L)1i erhalten können, sind die Behandlungsoptionen begrenzt. Ergebnisse der ASCENT-Studie zeigten einen signifikanten PFS-Vorteil mit SG, einem Trop-2-gerichteten Antikörper, der an einen Topoisomerase-Inhibitor gekoppelt ist, im Vergleich zu Chemotherapie bei vorbehandeltem mTNBC. In ähnlicher Weise zeigte die ASCENT-04-Studie einen Vorteil mit SG + Pembrolizumab gegenüber Chemotherapie + Pembrolizumab beim PD-L1+ mTNBC in der Erstlinie. Die ASCENT-03-Studie ist eine randomisierte Phase-III-Studie, die SG in der Erstlinie im Vergleich zu Chemotherapie bei Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem, inoperablem oder mTNBC untersucht, die keinen PD-(L)1i erhalten können.

ASCENT-03-Studie

Patientinnen mit diagnostiziertem PD-L1-negativem mTNBC oder PD-L1-positivem mTNBC, die jedoch aufgrund einer Komorbidität oder früherer Anwendung im kurativen Setting keine PD-(L)1i erhalten konnten. Die Randomisierung (1:1) zu SG oder Chemotherapie (Paclitaxel, Nab-Paclitaxel oder Gemcitabin + Carboplatin) wurde nach Krankheitsstatus und Geografie stratifiziert. Der primäre Endpunkt war das PFS, zu den wichtigsten sekundären Endpunkten zählten das OS, die objektive Ansprechraten (ORR), die Dauer des Ansprechens (DOR) und die Sicherheit.

Ergebnisse

558 Patientinnen (279 in jeder Gruppe) mit mTNBC wurden randomisiert, mit einer medianen Nachbeobachtungszeit von 13,2 Monaten. SG zeigte eine signifikante Verbesserung des medianen PFS von 9,7 Monaten gegenüber 6,9 Monaten mit Chemotherapie, mit einer HR von 0,62 (95 %-KI: 0,50–0,78; $p < 0,0001$).

Die mediane DOR betrug 12,2 Monate gegenüber 7,2 Monaten, während die OS-Daten noch unreif waren. Das häufigste behandlungsbedingte unerwünschte Ereignis (TEAE) des Grades ≥ 3 war Neutropenie, die bei 43 % mit SG und 41 % mit Chemotherapie beobachtet wurde. Diarröhö wurde bei 9 % mit SG und Anämie bei 16 % mit Chemotherapie beobachtet.

Schlussfolgerung

SG führte zu einer statistisch signifikanten Verbesserung des PFS und zu einem dauerhafteren Ansprechen im Vergleich zur Chemotherapie beim mTNBC in der Erstlinie. Das Sicherheitsprofil von SG war beherrschbar, und die Rate der Behandlungsabbrüche aufgrund von TEAEs war mit SG niedriger.

Die Daten unterstützen SG als potenziellen neuen SOC für Patientinnen mit zuvor unbehandeltem mTNBC, die keinen PD-(L)1i erhalten können.

Patientenberichtete Ergebnisse (PROs) aus der SERENA-6-Studie zu Camizestrant (CAMI) + Cyclin-abhängigem Kinase 4/6-Inhibitor (CDK4/6i) bei

auftretenden ESR1-Mutationen (ESR1m) während der endokrinbasierten Erstlinientherapie und vor Krankheitsprogression bei Patientinnen mit fortgeschrittenem HR+-HER2--Mammakarzinom (ABC)⁶

Hintergrund

Bei Patientinnen mit HR+/HER2- ABC ist das Auftreten von ESR1m während der Erstlinientherapie mit AI plus CDK4/6i eine häufige Ursache für erworbene Resistenz gegen die Therapie. In der SERENA-6-Studie führte der Wechsel von Patientinnen mit ESR1m auf die gut verträgliche Therapie mit CAMI plus CDK4/6i zu einer statistisch signifikanten und klinisch bedeutsamen Verbesserung des PFS im Vergleich zu AI plus CDK4/6i. Ein wichtiges Ergebnis, das den Behandlungsansatz von SERENA-6 unterstützt, war eine Verringerung des Risikos einer Verschlechterung des globalen Gesundheitszustands (GHS)/Lebensqualität (QoL). Auf dem ESMO-Kongress 2025 wurden Ergebnisse zusätzlicher PROs vorgestellt.

SERENA-6-Studie

Zu den PRO-Instrumenten, die zu vordefinierten Zeitpunkten bewertet wurden, gehörten der EORTC QoL-Fragebogen (QLQ-C30), das brustkrebspezifische Modul (QLQ-BR23) und der Patient Global Impression of Treatment Tolerability (PGI-TT). Die Zeit bis zur Verschlechterung (TTD) bei Brust- und Armsymptomen, Schmerzen und körperlicher Funktionsfähigkeit waren vordefinierte sekundäre Endpunkte.

Ergebnisse

315 Patientinnen wurden randomisiert, um entweder auf CAMI (n = 157) zu wechseln oder AI (n = 158) fortzusetzen, während sie den CDK4/6i beibehielten. Die TTD-Analyse zeigte, dass CAMI + CDK4/6i das Risiko einer klinisch bedeutsamen Verschlechterung des GHS/QoL und der Schmerzen insgesamt verringerte; mit Hazard Ratios (HR) zugunsten von körperlicher Funktionsfähigkeit, Rollenfunktion, Brust- und Armsymptomen. Beim PGI-TT gaben die meisten Patientinnen zu allen Zeitpunkten an, dass sie sich „gar nicht“ oder „ein wenig“ durch die Nebenwirkungen der Krebstherapie belästigt fühlten. In Woche 2 gaben 14 % der Patientinnen, die CAMI + CDK4/6i erhielten, gegenüber 18 %, die AI + CDK4/6i erhielten, an, dass sie sich „etwas“, „ziemlich“ oder „sehr“ durch Nebenwirkungen belästigt fühlten.

Schlussfolgerung

Die klinische Wirksamkeit und das beherrschbare Sicherheitsprofil von CAMI + CDK4/6i unterstützen zusammen mit den PROs aus der SERENA-6-Studie diese Kombination als potenzielle neue Behandlungsstrategie zur Verbesserung der Ergebnisse bei Patientinnen mit HR+/HER2- ABC. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kombination aus CAMI + CDK4/6i helfen wird, das Auftreten von ESR1m während der Erstlinientherapie mit AI + CDK4/6i vor der Krankheitsprogression zu überwinden.

Vorläufige Analyse der SOLTI-RIBOLARIS-Studie: ROR nach neoadjuvanter Gabe von Ribociclib plus ET bei HR+ HER2- Brustkrebs mit hohem klinischem Risiko⁷

Hintergrund

Die CDK4/6i sind für HR+-HER2--BC im Frühstadium zugelassen. Die Studien NeoPAL und CORALLEEN zeigten, dass CDK4/6i in Kombination mit ET eine ähnliche Wirksamkeit wie eine Polychemotherapie bei Patientinnen mit dem luminalen B-PAM50-basierten BC-Subtyp aufweisen. Die RIBOLARIS-Studie evaluiert, ob Patientinnen mit

einer ROR-low-Erkrankung (Risk of Recurrence) nach neoadjuvanter Gabe von RIB und ET sicher auf eine adjuvante Chemotherapie verzichten können.

RIBOLARIS-Studie

RIBOLARIS ist eine offene, einarmige, multizentrische Studie bei Patientinnen mit primär operablem Stadium II, Grad 2/3, Ki67 ≥ 20 %, HR+-HER2--BC, die Kandidatinnen für eine adjuvante Chemotherapie sind. Die Studie evaluiert RIB-ET bei Patientinnen mit Tumoren, die nach sechs neoadjuvanten Zyklen RIB-ET einen niedrigen ROR-Score aufweisen, gefolgt von einer Operation innerhalb von 10 Tagen. Patientinnen mit ROR-medium/hoch-Tumoren erhalten eine chemotherapiebasierte Behandlung, gefolgt von RIB-ET.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der vorgeplanten Zwischenanalyse von 686 Operationen wurden auf dem ESMO 2025 vorgestellt. Von diesen erreichten 52,6 % einen niedrigen ROR-Score mit einem Mittelwert von 11,3 (95 %-KI: 10,5–12,2), während 47,4 % einen mittleren/hohen ROR-Score mit einem Mittelwert von 36,9 (95 %-KI: 34,2–39,5) aufwiesen. Die häufigsten TEAEs des Schweregrads 3–4 waren Neutropenie (Grad 3: 46,3 %; Grad 4: 3,5 %) und ein Anstieg der Transaminasen (Grad 3: 10,4 %; Grad 4: 1,5 %). Es gab kein neues Sicherheitssignal.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse bestätigen und erweitern die Ergebnisse der CORALLEEN- und NeoPAL-Studien und zeigen, dass einer Subgruppe von Patientinnen mit HR+-HER2--BC im Frühstadium, die nach einer neoadjuvanten Therapie mit RIB plus Letrozol ein niedriges ROR-Profil erreichen, eine adjuvante Chemotherapie sicher erspart werden kann.

Referenzen

1. Crown, J. P. *et al.* (2025). Adjuvant ribociclib (RIB) plus nonsteroidal aromatase inhibitor (NSAI) in patients (pts) with HR+/HER2- early breast cancer (EBC): NATALEE 5-year outcomes. [Abstract LBA14]. Abstract abgerufen von <https://cslide.ctimeetingtech.com/esmo2025/attendee/confcal/session/list?q=Proffered+Paper+session%3A+Breast+cancer%2C+early+stage>
 2. Johnston, S. *et al* (2025). Overall survival with abemaciclib in early breast cancer. *Annals of Oncology*
 3. Harbeck, N. *et al.* (2025). DESTINY-Breast11: Neoadjuvant trastuzumab deruxtecan alone (T-DXd) or followed by paclitaxel + trastuzumab + pertuzumab (T-DXd-THP) vs SOC for high-risk HER2+ early breast cancer (eBC). [Abstract 291O]. Abstract abgerufen von <https://cslide.ctimeetingtech.com/esmo2025/attendee/confcal/session/list?q=Presidential+Symposium+1>
 4. Peccatori, F. A. *et al.* (2025). 5-year follow-up results from the POSITIVE (Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for Women with Endocrine Responsive Breast Cancer) trial. [Abstract LBA12]. Abstract abgerufen von <https://cslide.ctimeetingtech.com/esmo2025/attendee/confcal/session/list?q=Proffered+Paper+session%3A+Breast+cancer%2C+early+stage>
 5. Cortés, J. *et al.* (2025). Primary results from ASCENT-03: A randomized phase III study of sacituzumab govitecan (SG) vs chemotherapy (chemo) in patients (pts) with previously untreated advanced triple-negative breast cancer (TNBC) who are unable to receive PD-(L)1 inhibitors (PD-[L]1i). [Abstract LBA20]. Abstract abgerufen von <https://cslide.ctimeetingtech.com/esmo2025/attendee/confcal/session/list?q=Proffered+paper+session+2%3A+Breast+cancer%2C+metastatic>
 6. Mayer, E. L. *et al.* (2025). Patient-reported outcomes in the SERENA-6 trial of camizestrant plus CDK4/6 inhibitor in patients with advanced breast cancer and emergent ESR1 mutations during first-line endocrine-based therapy. *Annals of Oncology*.
 7. Cottu, P. H. *et al.* (2025). Risk of recurrence (ROR) after neoadjuvant ribociclib plus ET in clinically high-risk ER+/HER2- BC: Preliminary analysis of the SOLTI-RIBOLARIS trial. [Abstract 296O]. Abstract abgerufen von <https://cslide.ctimeetingtech.com/esmo2025/attendee/confcal/session/list?q=Proffered+Paper+session%3A+Breast+cancer%2C+early+stage>
-

