



Innsbruck Consensus Conference

**Axillary Dissection vs. No Axillary Dissection in Women
with Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis**

**Ist die Axilladisektion bei positiven Sentinel-Lymphknoten
bei Frauen mit Mammakarzinom nach wie vor notwendig?**



Innsbruck, 30th September 2011
Austria Trend Hotel Congress Innsbruck

Introduction

The concept of sentinel lymph node dissection is well established in the surgical treatment of breast cancer. Although extensive prospective clinical evidence concerning the safety and feasibility of this concept is now available, the current discussion already focuses on the so far mandatory axillary lymph node dissection after tumor detection in the sentinel lymph node. The main question is whether axillary lymph node dissection can be omitted without negatively influencing local recurrence, disease-free or overall survival rates. The first randomized prospective data set (ACOSOG-Z0011) dealing with this clinical question has changed the view on this issue. This clinical trial showed no benefit for patients treated with axillary lymph node dissection after a positive sentinel lymph node as compared to patients with sentinel lymph node dissection alone. Overall the study cohort was composed of patients having a low risk profile not favoring recurrent disease and having undergone extensive systemic therapy. If this concept is implemented, the operative treatment of breast cancer patients in the axilla will be reduced to a minimum and general treatment focused on systemic therapy.

The goal of our interdisciplinary meeting is to achieve an Austrian consensus on the role of axillary lymph node dissection in sentinel-positive patients.

Christian Marth
President of the Austrian Association for Obstetrics and Gynecology
(OEGGG)

Alain G. Zeimet
President of the Austrian Association for Gynecologic Oncology
(AGO)

Michael Hubalek
Scientific Organizer

Innsbruck, July 2011

Vorwort

Die Sentinellymphonodektomie ist seit Jahren etablierter Bestandteil in der operativen Behandlung des Mammakarzinoms. Wenngleich erst jetzt umfassende prospektiv randomisierte Daten zur sicheren Anwendung des Sentinelkonzepts vorliegen, geht es aktuell jedoch bereits um die Frage, ob bei positivem Sentinellymphknoten auf eine Axilladisektion gänzlich verzichtet werden kann, ohne das Risiko für ein lokoregionäres Rezidiv oder das progressionsfreie Überleben und Gesamtüberleben negativ zu beeinflussen. Die Ergebnisse der ACOSOG-Z0011-Studie haben die grundlegende Betrachtungsweise verändert. In dieser Studie zum Vorteil der Axilladisektion nach Tumornachweis im Sentinellymphknoten ergaben sich für die Patientinnen mit günstigem Gesamtrisikoprofil und applizierter Strahlentherapie und systemischer Therapie keine statistisch signifikanten Vorteile durch die Axilladisektion. Setzt sich dieses Konzept durch, wäre die operative Versorgung des nodal positiven Mammakarzinoms zumindest in der Axilla auf ein Minimum reduziert und der Fokus der Behandlung läge zukünftig mehr in der systemischen Behandlung dieser Erkrankung.

Im Rahmen des interdisziplinären Meetings soll ein Konsensus für Österreich erzielt werden.

Christian Marth
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe (OEGGG)

Alain G. Zeimet
Präsident der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Onkologie
(AGO)

Michael Hubalek
Wissenschaftliche Organisation

Innsbruck im Juli 2011

Program

Venue: Austria Trend Hotel Congress Innsbruck,
Rennweg 12a, 6020 Innsbruck

13:00 **Registration/Get together**

13:30 **Welcome**

Christian Marth, Innsbruck, Austria

13:45 **A brief history of breast cancer surgery**

Christian Singer, Vienna, Austria

14:05 **A Survival Benefit From Axillary Dissection:
Was Halsted Correct?**

Michael Knauer, Feldkirch, Austria

14:30 **New developments und potential risks of sentinel-node
biopsy**

Roland Reitsamer, Salzburg, Austria

14:55 **Pathologic assessment of the sentinel-node**

Sigurd Lax, Graz, Austria

15:20 **Surgical management of breast cancer from the view
of the radio-oncologist**

Eric A. Strom, Houston, USA

Break

Program

- 16:15 **Can we avoid axillary dissection after a positive sentinel node? – Retrospective data**
Florentia Peintinger, Leoben, Austria
- 16:35 **The Role of Lymph Node Evaluation in the Management of Breast Cancer**
Kelly Hunt, Houston, USA

What are the pros and cons of axillary dissection?

- 17:15 Axillary dissection: PRO
Michael Gnant, Vienna, Austria
- 17:30 Axillary dissection: CON
Karl Tamussino, Graz, Austria
- 18:00 CONSENSUS – Panel-discussion
Christian Marth, Innsbruck, Austria

Panel: Bartsch Rupert, Gnant Michael, Hubalek Michael, Kapp Karin S., Lang Alois, Lax Sigurd, Lukas Peter, Neunteufel Walter, Reitsamer Roland, Sandbichler Peter, Schrenk Peter, Singer Christian, Tamussino Karl, Tschmelitsch Jörg, Zeimet Alain.

Speakers and Panel Members

Referenten und Panelmitglieder:

BARTSCH Rupert

Univ.-Klinik für Innere Medizin I, Brustambulanz am AKH Wien
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20, Austria

GNANT Michael

Univ.-Klinik für Chirurgie, Brustambulanz am AKH Wien
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20, Austria

HUBALEK Michael

Department Frauenheilkunde, Klin. Abt. für Gynäkologie und
Geburtshilfe
6020 Innsbruck, Anichstraße 35, Austria

HUNT Kelly K.

Department of Surgical Oncology, The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas 77030, 1400 Pressler Street, Unit 1484, USA

KAPP Karin S.

Univ.-Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 32, Austria

KNAUER Michael

Landeskrankenhaus Feldkirch, Chirurgische Abteilung
6807 Feldkirch, Carinagasse 47, Austria

LANG Alois

Landeskrankenhaus Feldkirch, Abteilung für Innere Medizin,
Hämatologie und internistische Onkologie,
6807 Feldkirch, Carinagasse 47, Austria

LAX Sigurd

LKH Graz West, Institut für Pathologie,
8020 Graz, Göstinger Straße 22, Austria

LUKAS Peter

Univ.-Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie
6020 Innsbruck, Anichstraße 35, Austria

MARTH Christian

Department Frauenheilkunde, Klin. Abt. für Gynäkologie und
Geburtshilfe
6020 Innsbruck, Anichstraße 35, Austria

Speakers and Panel Members

NEUNTEUFEL Walter

Krankenhaus Dornbirn, Abt. für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
6850 Dornbirn, Lustenauer Straße 4, Austria

PEINTINGER Florentia

Landeskrankenhaus Leoben, Abt. für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
8700 Leoben, Vordernberger Straße 42, Austria

REITSAMER Roland

St. Johannis-Spital/Landesfrauenklinik, Univ.-Klinik für Spezielle
Gynäkologie,
5020 Salzburg, Müllner Hauptstraße 48, Austria

SANDBICHLER Peter

Krankenhaus St. Vinzenz, Chirurgische Abteilung
6511 Zams, Sanatoriumstraße 43, Austria

SCHRENK Peter

Krankenhaus der Stadt Linz, Abteilung Chirurgie II,
Brust-Kompetenz-Zentrum
4020 Linz, Krankenhausstraße 9, Austria

SINGER Christian

Brustgesundheit an der Univ.-Klinik für Frauenheilkunde,
1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20, Austria

STROM Eric A.

Nellie B. Connally Breast Center UT M.D. Anderson Cancer Center,
Houston, Texas 77030, 1515 Holcombe Blvd., USA

TAMUSSINO Karl

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Klin. Abt. für Gynäkologie,
8036 Graz, Auenbruggerplatz 14, Austria

TSCHELMITSCH Jörg

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Chirurgische Abteilung
9300 St.Veit/Glan, Spitalgasse 26, Austria

ZEIMET Alain G.

Department Frauenheilkunde, Klin. Abt. für Gynäkologie und
Geburtshilfe
6020 Innsbruck, Anichstraße 35, Austria

General Information

Meeting Language	English
Scientific Organizer	Dr. Michael Hubalek Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Anichstraße 35 A-6020 Innsbruck
Meeting Office	Ingrid Zeimet-Kirchmair Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Anichstraße 35 A-6020 Innsbruck Tel. +43 50 504 23051 Fax +43 50 504 23055 ingrid.kirchmair@uki.at
Registration Fee	€ 50.–
Payment Modus	Kindly make payment to account No. 300 532 33403, Hypo Tirol, BLZ. 57.000 Recipient: “Konsensus Meeting 2011” IBAN: AT20 5700 0300 5323 3403 BIC: HYPTAT22 Registration Fee paid on site must be in CASH. No credit or ATM cards will be accepted.
Meeting Venue	Austria Trend Hotel Congress Innsbruck Rennweg 12a A-6020 Innsbruck Tel. +43 512 2115 Fax +43 512 2115-550 www.austria-trend.at/ Hotel-Congress-Innsbruck
Hotel Reservations	Innsbruck Reservierung Burggraben 3 A-6021 Innsbruck Tel. +43 512 56 2000 Fax +43 512 56 2000-220 hotel@innsbruck.info

Allgemeine Informationen

Aufgrund der Sprecher aus den USA wird das Meeting in englischer Sprache gehalten.

Wissenschaftliches Sekretariat	Dr. Michael Hubalek Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Anichstraße 35 A-6020 Innsbruck
Kongress-Sekretariat	Ingrid Zeimet-Kirchmair Univ.-Klinik für Frauenheilkunde Anichstraße 35 A-6020 Innsbruck Tel. +43 50 504 23051 Fax +43 50 504 23055 ingrid.kirchmair@uki.at
Teilnahmegebühren	€ 50,-
Zahlungsmodalitäten	Wir bitten um Einzahlung auf das Konto 300 532 33403, Hypo Tirol, BLZ. 57.000 lautend auf „Konsensus Meeting 2011“ IBAN: AT20 5700 0300 5323 3403 BIC: HYPTAT22 Bezahlung vor Ort ist nur in BAR möglich, Kredit- und Bankomatkarten werden nicht akzeptiert.
Tagungsort	Austria Trend Hotel Congress Innsbruck Rennweg 12a A-6020 Innsbruck Tel. +43 512 2115 Fax +43 512 2115-550 www.austria-trend.at/ Hotel-Congress-Innsbruck
Hotelreservierungen	Innsbruck Reservierung Burggraben 3 A-6021 Innsbruck Tel. +43 512- 56 2000 Fax +43 512- 56 2000-220 hotel@innsbruck.info

Sponsors



Per date of printing/Stand bei Drucklegung

Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jeder Milliliter enthält 25 mg Bevacizumab. Jede Durchstechflasche enthält 100 mg Bevacizumab in 4 ml bzw. 400 mg in 16 ml, entsprechend 1,4 bis 16,5 mg/ml bei Verdünnung gemäß Empfehlung. Bevacizumab ist ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper, der mittels DNA-Technologie aus Ovarialzellen des chinesischen Hamsters (CHO-Zellen) gewonnen wird. **Anwendungsgebiete:** Avastin (Bevacizumab) wird in Kombination mit einer Chemotherapie auf Fluoropyrimidin-Basis zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom angewendet. Avastin wird in Kombination mit Paclitaxel zur First-Line-Behandlung von Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Avastin wird in Kombination mit Capecitabin zur First-Line-Behandlung von Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom angewendet, bei denen eine Behandlung mit anderen Chemotherapie-Optionen, einschließlich Taxanen oder Anthracyclinen, als nicht geeignet angesehen wird. Patienten, die innerhalb der letzten 12 Monate Taxan- und Anthracyclin-haltige Therapieregime im Rahmen der adjuvanten Behandlung erhalten haben, sollten nicht mit Avastin in Kombination mit Capecitabin therapiert werden. Zu weiteren Informationen wie auch zum HER2-Status siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1. „Pharmakodynamische Eigenschaften“. Avastin wird zusätzlich zu einer Platin-haltigen Chemotherapie zur First-Line-Behandlung von Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom, außer bei vorwiegender Plattenepithel-Histologie, angewendet. Avastin wird in Kombination mit Interferon alfa-2a zur First-Line-Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom angewendet. **Gegenanzeigen:** - Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen Bestandteil oder einen der sonstigen Bestandteile. - Überempfindlichkeit gegen CHO-Zellprodukte oder andere rekombinante humane oder humanisierte Antikörper. - Schwangerschaft (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.6 „Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“). **Liste der sonstigen Bestandteile:** α,α -Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbit 20, Wasser für Injektionszwecke. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Monoklonale Antikörper; ATC-Code: L01XC07. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Herceptin® 150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrats.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche enthält 150 mg Trastuzumab, einen humanisierten IgG1 monoklonalen Antikörper, der aus einer Suspensionskultur von Säugtierzellen (Ovarialzellen des chinesischen Hamsters) hergestellt und durch eine Affinitäts- und Ionenaustauschchromatographie, die spezifische virale Inaktivierungs- und Entfernungsprozesse beinhaltet, gereinigt wird. Die rekonstituierte Lösung mit Herceptin enthält 21 mg/ml Trastuzumab. **Anwendungsgebiete: Brustkrebs: Metastasierter Brustkrebs (MBC);** Herceptin ist zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Brustkrebs indiziert: - als Monotherapie zur Behandlung von Patienten, die mindestens zwei Chemotherapieregime gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Die vorangegangene Chemotherapie muss mindestens einen Anthrazyklin und ein Taxan enthalten haben, es sei denn, diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. Bei Patienten mit positivem Hormonrezeptor-Status muss eine Hormonbehandlung erfolglos gewesen sein, es sei denn, diese Behandlung ist für die Patienten nicht geeignet. - in Kombination mit Paclitaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben und für die ein Anthrazyklin ungeeignet ist. - in Kombination mit Docetaxel zur Behandlung von Patienten, die noch keine Chemotherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. - in Kombination mit einem Aromatasehemmer zur Behandlung von postmenopausalen Patienten mit Hormonrezeptor-positivem metastasiertem Brustkrebs, die noch nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. **Brustkrebs im Frühstadium (EBC):** Herceptin ist zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem Brustkrebs im Frühstadium indiziert: - nach einer Operation, Chemotherapie (neoadjuvant oder adjuvant) und Strahlentherapie (soweit zutreffend) (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). - nach adjuvanter Chemotherapie mit Doxorubicin und Cyclophosphamid, in Kombination mit Paclitaxel oder Docetaxel. - in Kombination mit adjuvanter Chemotherapie mit Docetaxel und Carboplatin. Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Brustkrebs oder Brustkrebs im Frühstadium anzuwenden, deren Tumore entweder eine HER2-Überexpression oder eine HER2-Genamplifikation aufweisen, die durch eine genaue und validierte Untersuchung ermittelt wurde (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Metastasiertes Magenkarzinom (MGC):** Herceptin ist in Kombination mit Capecitabin oder 5-Fluorouracil und Cisplatin indiziert zur Behandlung von Patienten mit HER2-positivem metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs, die bisher keine Krebstherapie gegen ihre metastasierte Erkrankung erhalten haben. Herceptin ist nur bei Patienten mit metastasiertem Magenkarzinom anzuwenden, deren Tumore eine HER2-Überexpression, definiert durch ein IHC2+ und ein beständiges SISH- oder FISH-Ergebnis, oder durch ein IHC3+ Ergebnis, aufweisen. Hierfür sollten genaue und validierte Untersuchungsmethoden angewendet werden (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitte 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ und 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Trastuzumab, Mausproteine oder einen der sonstigen Bestandteile. Schwere Ruhedyspnoe, die durch Komplikationen der fortgeschrittenen Krebserkrankung verursacht wird oder die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigt. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Vorsicht ist bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz, Hypertonie in der Anamnese oder nachgewiesener koronarer Herzkrankheit geboten, und bei Brustkrebs im Frühstadium bei Patienten mit einer linksventrikulären Auswurfleistung (LVEF) von 55 % oder weniger. **Liste der sonstigen Bestandteile:** L-Histidinhydrochlorid, L-Histidin, α,α -Trehalosesedihydrat, Polysorbit 20. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Antineoplastische Substanzen, monoklonale Antikörper, ATC-Code: L01XC03. **Weitere besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Xeloda® 150 mg Filmtabletten / Xeloda® 500 mg Filmtabletten.

Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 150 mg / 500 mg Capecitabin. Sonstiger Bestandteil: 150 mg Filmtabletten: 15,6 mg wasserfreie Lactose. 500 mg Filmtabletten: 52 mg wasserfreie Lactose. **Anwendungsgebiete:** Xeloda ist zur adjuvanten Behandlung von Patienten nach Operation eines Kolonkarzinoms im Stadium III (Dukes Stadium C) indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist zur Behandlung des metastasierten Kolorektalkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit einem Platin-haltigen Anwendungsschema als First-line-Therapie des fortgeschrittenen Magenkarzinoms indiziert (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“). Xeloda ist in Kombination mit Docetaxel (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 5.1 „Pharmakodynamische Eigenschaften“) zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom nach Versagen einer zytotoxischen Chemotherapie indiziert. Eine frühere Behandlung sollte ein Anthracyclin enthalten haben. Xeloda ist außerdem als Monotherapie zur Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom indiziert, bei denen eine Therapie mit Taxanen und Anthracyclinen versagt hat oder eine weitere Anthracyclinbehandlung nicht angezeigt ist. **Gegenanzeigen:** • Schwere, ungewohnte Reaktionen bei Vorbehandlung mit Fluoropyrimidinen • Überempfindlichkeit gegen Capecitabin oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen Fluorouracil • bekannter Dihydropyrimidin-Dehydrogenase-Mangel (DPD) • Schwangerschaft und Stillzeit • schwere Leukopenie, Neutropenie oder Thrombozytopenie • schwere Beeinträchtigung der Leberfunktion • schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min • Behandlung mit Sorivudin oder dessen chemischen Verwandten, wie z.B. Brivudin (siehe veröffentlichte Fachinformation Abschnitt 4.5 „Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen“) • Wenn für eines der Arzneimittel der Kombinationstherapie Gegenanzeigen vorliegen, darf dieses Arzneimittel nicht angewendet werden. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: wasserfreie Lactose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Magnesiumstearat. *Filmüberzug:* Hypromellose, Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat und Eisen(III)-oxid (E172), Talkum. **Inhaber der Zulassung:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Vereinigtes Königreich. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Zytostatikum (Antimetabolit), ATC-Code: L01BC06. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen sowie Informationen zu Schwangerschaft und Stillzeit und zu Nebenwirkungen sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.**

Moderne Therapie des mBC

Angiogenese hemmen

AVASTIN[®]
bevacizumab
Führend in der Angiogenesehemmung

Tumorwachstum kontrollieren

First-Line mBC

Herceptin[®]
trastuzumab

Goldstandard
bei HER2-positivem Brustkrebs
adjuvant metastasiert

Entdecken Sie neue Wege
in der Therapie des metastasierten
Mammakarzinoms

Xeloda[®]
capecitabine
Die Therapie zum Leben