

BRUSTKREBS

DIAGNOSE UND THERAPIE

THERAPIE

Neue Medikamente nutzen molekularbiologische Eigenschaften. **S. B3**

NACHSORGE

Lebensqualität steht im Vordergrund. **S. B2**

ALTE PATIENTEN

Individuelle Anpassung der Therapie entscheidet über den Erfolg. **S. B4**

WEITERE THEMEN

Knochenschutz **S. B2**
Nebenwirkungen **S. B3**

17. Februar 2012 | Nr. 41



EDITORIAL

Früherkennung – beste Waffe gegen Brustkrebs

Ein ertastbarer Knoten in der Brust ist auch heute das erste Symptom, das bei über 30 Prozent der Betroffenen zur Diagnose Brusttumor führt. Solch eine spürbare Geschwulst ist mindestens einen Zentimeter groß. Im Fall eines bösartigen Brusttumors fällt sie damit nicht mehr in die Kategorie Frühstadium und hat eine schlechtere Heilungschance als kleinere.

Zur Früherkennung wurde das Mammographie-Screening-Programm für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eingeführt. Damit lassen sich so kleine Tumore entdecken, die in über 90 Prozent geheilt werden können. Es werden aber auch Tumore entdeckt, bei denen keine Heilung mehr möglich ist. Hier verlängert sich der Zeitraum, mit der Diagnose Brustkrebs zu leben und gegebenenfalls durch die Lebensqualität beeinträchtigende Therapien länger belastet zu werden. Aufgrund der Empfindlichkeit des Verfahrens stiegen die Zahlen falsch positiver Befunde, die bei Folgeuntersuchungen den Krebsverdacht nicht bestätigen.

Die regelmäßigen Diskussionen über Vor- und Nachteile verunsichern viele Frauen, die dann vielleicht eine Vorsorgeuntersuchung nicht wahrnehmen und im schlimmsten Fall an einem Brustkrebs sterben, der heilbar gewesen wäre. Unstrittig ist, dass die Heilungschancen umso besser sind, je früher Brustkrebs erkannt und behandelt wird. Doch ist in Anbetracht der höheren Lebenserwartung die Altersspanne der im Screening-Programm berücksichtigten Frauen ausreichend groß?

Anna Seidinger

Krebsregister liefern Fakten

Brustkrebs ist die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau: Jährlich erkranken rund 72 000 Frauen in Deutschland, etwa 17 000 Frauen sterben an der Erkrankung.

Die epidemiologischen Krebsregister erfassen die Fallzahlen und ermöglichen Aussagen über die Überlebenschancen der Patientinnen.

VON KLAUS KRAYWINKEL. Ausgehend von den aktuellen Erkrankungsdaten muss heute etwa jede achte junge Frau damit rechnen, dass sich irgendwann im Laufe ihres Lebens ein bösartiger Tumor, ein sogenanntes Mammakarzinom, in ihrer Brust entwickelt. Außerdem tritt Brustkrebs wesentlich früher auf als die meisten anderen Krebsarten. Die Hälfte der betroffenen Frauen erkrankt vor dem 65. Lebensjahr, jede zehnte ist bei Diagnosestellung jünger als 45 Jahre – ein Alter, in dem die meisten übrigen Krebserkrankungen zahlenmäßig noch kaum eine Rolle spielen.

Steigende Fallzahlen

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl der Brustkrebsfälle in den westlichen Industrienationen insgesamt stark zugenommen. Heute erkranken in Deutschland etwa doppelt so viele Frauen wie noch vor 30 Jahren. Im Gegensatz zu vielen anderen Krebsarten ist

dieser Anstieg nicht alleine durch die gestiegene Lebenserwartung zu erklären. Auch wenn die Effekte der alternden Bevölkerung berücksichtigt werden, haben die Erkrankungsdaten deutlich zugenommen.

Die Gründe für diese Entwicklung sind vielschichtig, aber weitgehend bekannt: Frauen bekommen durchschnittlich deutlich später und weniger Kinder als noch vor 30 Jahren, die Stillzeiten sind kürzer, die Pubertät setzt durchschnittlich früher ein. Für alle diese Faktoren ist ein erhöhtes Brustkrebsrisiko nachgewiesen. Ebenso können die heute häufiger zu beobachtenden Phänomene Übergewicht und Bewegungsmangel, vor allem in höherem Alter, eine Rolle spielen. Auf den ersten Blick erscheinen viele dieser Variablen grundsätzlich beeinflussbar, dennoch lässt sich aus diesen Erkenntnissen nur schwer eine erfolversprechendes Präventionskonzept ableiten. So werden sich

Lebensentwürfe junger Frauen und Paare durch das abstrakte Risiko einer Erkrankung, die erst Jahrzehnte später auftreten könnte, kaum beeinflussen lassen. Wie langfristig die genannten Faktoren die Erkrankungshäufigkeit beeinflussen, zeigt der Vergleich zwischen Ost- und Westdeutschland: Sowohl bei der Neuerkrankungsrate als auch bei der Sterblichkeit an Brustkrebs liegen die Zahlen in den neuen Bundesländern immer noch um etwa 25 Prozent unter denen im Westen. Vermutlich ist dies eine Folge der höheren Geburtenrate und des niedrigeren Geburtenalters in der früheren DDR. Obwohl die Familienplanung in den neuen Bundesländern schon seit längerem weitgehend der im Westen ähnelt, lässt sich eine Annäherung der Erkrankungsdaten bisher kaum beobachten.

Selbst der medizinische Fortschritt hat zum Anstieg der Erkrankungsdaten beigetragen. So werden heute durch verbesserte Diagnostik schicht mehr Tumoren entdeckt als früher. Ferner lässt sich wahrscheinlich ein nicht geringer Anteil der Erkrankungen auf die Hormonersatztherapie zurückführen. Diese Therapie sollte die Symptome der Wechseljahre mildern, anderen Krankheiten, wie Osteoporose und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vorbeugen und wurde bis vor etwa zehn Jahren relativ unkritisch verwendet. Als mehrere große Studien in den Vereinigten Staaten übereinstimmend ein deutlich erhöhtes Brustkrebsrisiko für diese Patientengruppe nachwies, fand ein Umdenken statt. Heute verschreiben Ärzte diese Medikamente deutlich sparsamer, was dazu beigetragen haben mag, dass sich der Anstieg der Brustkrebsfälle seit Beginn dieses Jahrhunderts in vielen Ländern zumindest verlangsamt hat.

Zunehmende Lebenserwartung

Positive Effekte zeigen die Fortschritte in der Therapie: Überlebenschancen erhöhten sich deutlich und sind heute besser als bei den meisten anderen Krebsarten. Etwa drei von vier Brustkrebspatientinnen sterben heute nicht an ihrer Erkrankung. Auch dann, wenn eine Heilung nicht möglich ist, gelingt es mit-

unter, den Verlauf der Erkrankung so zu beeinflussen, dass die Betroffenen eine weitgehend normale Lebenserwartung haben, der Krebs also zu einer chronischen Erkrankung wird.

Eine weitere Verringerung der Brustkrebssterblichkeit in Deutschland soll durch Früherkennung erreicht werden. Ziel des bundesweiten Mammographie-Screenings ist es, bösartige Tumoren in einem früheren und damit besser behandelbaren Stadium zu entdecken. Als eines der letzten westeuropäischen Länder hat Deutschland dieses Programm zwischen 2005 und 2008 in allen Bundesländern eingeführt. Alle Frauen zwischen 50 und 69 werden inzwischen alle zwei Jahre zu einer kostenlosen Mammographie-Untersuchung eingeladen.

Die ersten, aus den Zahlen der epidemiologischen Krebsregister ablesbaren Ergebnisse scheinen auf den ersten Blick wenig ermutigend: Die Erkrankungszahlen sind seit 2005 zunächst sprunghaft angestiegen. Diese Zunahme zu Beginn des Programms deutet allerdings darauf hin, dass viele Tumoren wesentlich früher als ohne das Screening entdeckt wurden. Folglich hat auch der Anteil kleinerer Tumoren in der gescreenten Altersgruppe bereits deutlich zugenommen.

Bedeutung des Screening-Programms

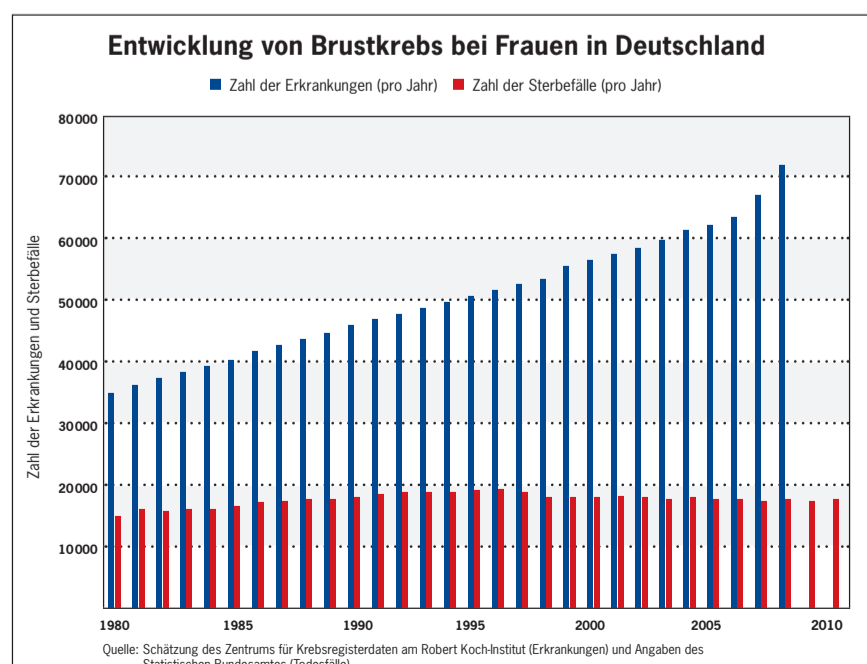
Erst in den kommenden Jahren wird sich jedoch zeigen, ob der erhoffte Nutzen des Programms tatsächlich eintritt. Das wäre der Fall, wenn in den nächsten Jahren auch absolut gesehen die Anzahl größerer, mit einer schlechteren Prognose verbundener Tumoren zurückgeht. Vor allem jedoch sollte bis etwa 2020 die Brustkrebssterblichkeit in der Altersgruppe von 50 bis 74 Jahren noch einmal deutlich sinken. Aus Studienergebnissen und den Erfahrungen aus Ländern, in denen das Screening früher eingeführt wurde, ergibt sich die Hoffnung, dass etwa 1000 Frauen jährlich vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt werden könnten. Das wären etwa so viele, wie derzeit durch Verkehrsunfälle ums Leben kommen.

Zwischen 2002 und 2008 nahmen die Kosten für die Diagnostik und Behandlung

von Brustkrebs um 26 Prozent auf knapp 2 Milliarden Euro zu (Statistisches Bundesamt). Dieser Anstieg entspricht etwa der Zunahme der Fallzahlen im gleichen Zeitraum. Insgesamt entfallen auf Brustkrebs etwa 0,8 Prozent der direkten Kosten in unserem Gesundheitswesen. Die zusätzlichen Kosten für das Screening selbst lagen nach Angaben der Kooperationsgemeinschaft Mammographie im Jahr 2008 bei 155 Millionen Euro. Entscheidend für das Screening-Programm wird sein, ob sich in den

nächsten Jahren ein überzeugender Nutzen belegen lässt. Gelingt dies, könnte sicher auch die momentan relativ niedrige Teilnehmerate von nur etwas über 50 Prozent positiv beeinflusst werden. Der Blick auf die epidemiologischen Daten wird also in den nächsten Jahren für Experten, für Öffentlichkeit und Politik interessant bleiben.

Dr. Klaus Kraywinkel, Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut



Krebsinformation
hat eine Nummer
0 800 - 420 30 40

kostenfrei, täglich von 8–20 Uhr

Der Krebsinformationsdienst beantwortet Ihre Fragen unabhängig, wissenschaftlich fundiert, verständlich und individuell – telefonisch, per E-Mail oder in einem persönlichen Gespräch. Informationen auch im Internet.

krebsinformationsdienst@dkfz.de
www.krebsinformationsdienst.de

dkfz.
DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
KREBSINFORMATIONSDIENST

Nachsorge – Aufwand und Nutzen

Immer sensitivere diagnostische Methoden und immer wirkungsvollere Medikamente kommen in der Krebsbehandlung zur Anwendung. Die Frage, ob Frauen davon im Rahmen einer intensiveren Nachsorge nachweisbar profitieren, wird kontrovers diskutiert.

VON BERND GERBER. Die Ziele der Nachsorge von Brustkrebspatientinnen sind im Überblick die frühzeitige Erkennung von potentiell heilbaren Rezidiven und Zweitkarzinomen, die Erkennung und Behandlung von therapiebedingten Störungen und Beschwerden sowie die psychoonkologische und psychosoziale Unterstützung zur Verbesserung der Lebensqualität. Die heutigen Maßnahmen richten sich nach der aktuellen Stufe-3-Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft und den Therapieempfehlungen der AGO zur Nachsorge beim Mammakarzinom.

Bessere Methoden – bessere Prognose?

Bekanntermaßen birgt die Früherkennung von Krebserkrankungen oder deren Vorstufen die besten Heilungschancen. Für den medizinischen Laien heißt das „Früh erkannt ist so gut wie gebannt“. Diese Situation gestaltet sich bei Patientinnen mit einem bereits behandelten Brustkrebs anders, sie tragen das lebenslange Risiko eines Rückfalls. Der bestehende Glaube, dass die frühe Erkennung von Rückfällen quasi eine Heilung bedeutet, wurde Mitte der neunziger Jahre durch zwei randomisierte Studien widerlegt: Regelmäßige Untersuchungen, wie Röntgen, Ultraschall oder Blutbildkontrolle, auf Tochtergeschwülste hin führen bei beschwerdefreien Frauen gegenüber alleiniger klinischer Untersuchung zu keiner verbesserten Heilungsrate. Als Folge wird die Nachsorge derzeit in Abhängigkeit von Beschwerden durchgeführt. So werden beschwerdefreie Betroffene zunächst drei später sechsmonatlich lediglich klinisch nachuntersucht. Beide Brüste werden mittels Mammographie und Mammasonographie regelmäßig zur Früherkennung von heilbaren Rückfällen oder Zweiterkrankungen untersucht. Nur bei Beschwerden, die auf einer Metastasierung schließen lassen, werden weitere Untersuchungen durchgeführt.

Seit Publikation der genannten Studien wird die Nachsorge von Patientinnen mit Mammakarzinom bis heute anhaltend diskutiert. Einhergehend mit den verbesserten diagnostischen Methoden zur Früherkennung mehren sich Stimmen, die eine regelmäßige Untersuchung auf Fernmetastasen mit den neueren Diagnoseverfahren einfor-

dern. Aus medizinischer Sicht ist diese Haltung durchaus berechtigt. So sind die Möglichkeiten der Früherkennung von klinisch okkulten Metastasen durch heutige Diagnoseverfahren, gegenüber denen vor 20 Jahren, deutlich verbessert worden. Gleichzeitig haben sich die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren erweitert. Bis Anfang der neunziger Jahre waren lediglich ältere Chemotherapien, Antihormone und Bestrahlung verfügbar. Derzeit stehen uns effektivere und besser verträgliche Chemotherapien, umfangreiche antihormonelle Therapien sowie Antikörpertherapien zur Verfügung, und auch die operativen Verfahren haben große Fortschritte gemacht. Weitere neuere Substanzen befinden sich in der klinischen Testung. Studien haben gezeigt, dass diese Therapien im Frühstadium nicht erkennbare Tumorzellen im Körper zerstören und dadurch das Gesamtüberleben verbessern können. Es stellt sich die berechtigte Frage, warum diese

Therapien nicht auch klinisch okkulte Fernmetastasen stoppen beziehungsweise beseitigen könnten.

Verunsicherung mindert Lebensqualität

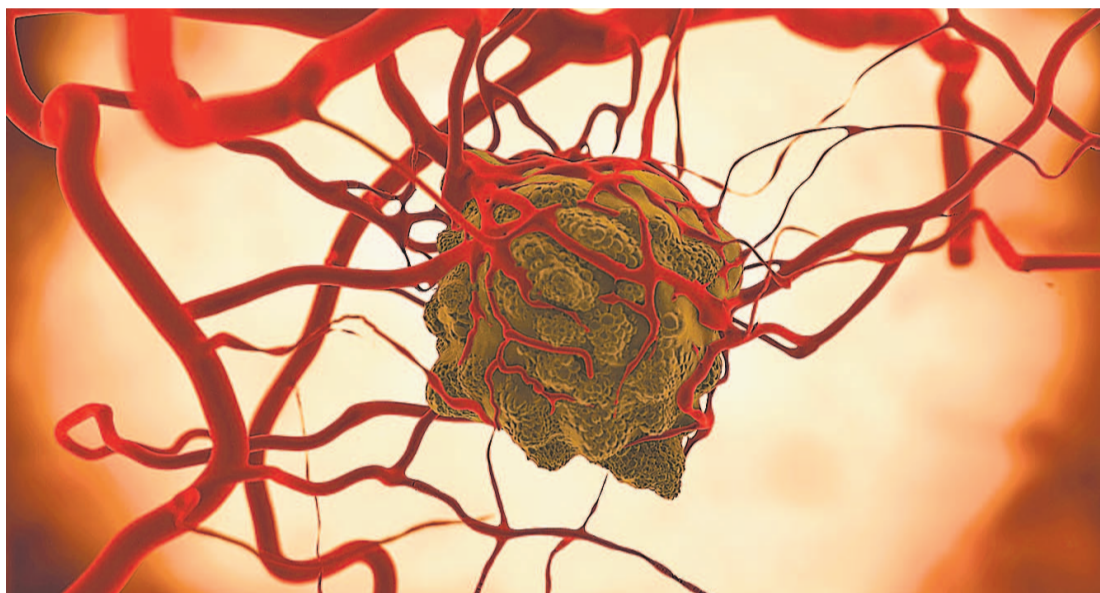
Gegen eine Änderung der derzeitigen Nachsorge spricht, dass es bisher keine Studiendaten gibt, die für Betroffene, einschließlich derjenigen mit hohem Rezidivrisiko, einen Überlebensvorteil aufgrund intensiverer apparativer Nachsorge belegen können. In allen vorliegenden Studien führte eine intensivere Diagnostik zwar zu einer früheren Diagnose des Rezidivs und damit zu einer Verkürzung des krankheitsfreien und therapiefreien Intervalls, aber zu keiner Verlängerung des Gesamtüberlebens. Dies ist dadurch begründet, dass es sich bei Feststellung eines Rezidivs um die frühzeitige Erkennung einer weit fortgeschrittenen und molekularbiologisch sehr komplexen Tumorerkrankung handelt. Eine

kausale Therapie mit dem Anspruch auf Heilung gibt es in dieser Situation nicht. Selbst heute ist eine Verlängerung des Gesamtüberlebens trotz aller neuen Therapien nur begrenzt möglich. So beträgt das mediane Gesamtüberleben – das ist als der Zeitraum definiert, nach dem unabhängig von der jeweiligen Therapie 50 Prozent der Patientinnen verstorben waren – derzeit etwa 24 bis 28 Monate.

Die regelmäßigen und vielen apparativen Untersuchungen verunsichern die Patientinnen und verringern auch deren Lebensqualität. So stellt jede Untersuchung eine psychische Belastung dar, da das Ergebnis für die Betroffene gravierend sein kann. Zudem werden die Betroffenen bei Nachweis von Metastasen in der Bildgebung bereits in einem asymptomatischen Zustand therapiert, was zu einer Verminderung der Lebensqualität führt, aber eben nicht zu einer Verlängerung des Gesamtüberlebens beiträgt. Nicht eindeutige Befunde führen zu Verunsicherung, weiteren Untersuchungen und damit zur Beeinträchtigung der Lebensqualität. Bei begrenzten Ressourcen im Gesundheitssystem müssen auch die Kosten für eine intensivere Nachsorge gegenüber einer leitlinienkonformen Nachsorge beachtet werden.

Derzeit ist der Nutzen einer regelmäßigen apparativen Nachsorge nicht belegt, sondern fällt eher negativ aus. Mit der frühzeitigen Entdeckung von asymptomatischen Metastasen resultiert ein früherer Beginn einer nicht nebenwirkungsfreien Therapie, die jedoch nicht zu einer Verlängerung des Gesamtüberlebens beiträgt. Eine Änderung zum derzeitigen Zeitpunkt kann nicht empfohlen werden. Der Nutzen einer intensivierten apparativen Nachsorge wird nur durch eine prospektive Studie, die Patientinnen mit asymptomatischen Metastasen zu einer sofort einsetzenden Therapie gegenüber eines Therapiebeginns erst mit Auftreten klinischer Symptome randomisiert, belegt werden können. Eine derartige Studie wird aus ethischen Gründen abgelehnt und muss aus ärztlicher Sicht kritisch hinterfragt werden, weil Therapien mit dem Anspruch auf Heilung in der metastasierten Situation fehlen.

Professor Dr. med. Bernd Gerber, Universitäts-Frauenklinik Rostock



Früherkennung und Diagnose

Bildgebende Verfahren spielen eine grundlegende Rolle, um Gewebeveränderungen zu erkennen und gutartige von bösartigen Tumoren unterscheiden zu können.



VON ULRICH BICK. Die Größe des Tumors zum Zeitpunkt der Entdeckung ist einer der wichtigsten Prognosefaktoren bei Brustkrebs. Ist der Tumor zum Zeitpunkt der Entdeckung noch auf die Drüsengänge beschränkt beziehungsweise nicht größer als zehn bis 15 Millimeter, kann die Erkrankung in mehr als 95 Prozent der Fälle durch eine brusterhaltende Therapie langfristig geheilt werden. Um Brustkrebs so rechtzeitig zu entdecken, reicht die Tastuntersuchung alleine – egal ob durch die Frau selbst oder durch einen erfahrenen Arzt – in der Regel nicht aus. In Abhängigkeit vom Alter und der Risikosituation, wie familiäre Brustkrebsbelastung, werden daher verschiedene bildgebende Verfahren eingesetzt, um Brustkrebs möglichst frühzeitig, lange bevor er zu einem tastbaren Tumor heranwächst, zu entdecken.

Die Mammographie ist das am längsten etablierte und das einzige Verfahren, für das der Nutzen im Sinne einer Senkung der Brustkrebssterblichkeit in mehreren großen Studien eindeutig belegt wurde. Allerdings ist bei Frauen mit sehr dichtem Drüsengewebe die Aussagekraft der Mammographie eingeschränkt und eine ergänzende Ultraschalluntersuchung kann sinnvoll sein. Ferner sollte der Einsatz bei Frauen unter 40 Jahren nur unter sehr strenger Indikationsstellung erfolgen, da die Strahlenemp-

findlichkeit des Brustdrüsengewebes bei jungen Frauen höher ist. Insgesamt ist die Strahlendosis bei der Mammographie heute so niedrig, dass bei Frauen ab 40 Jahren der Nutzen der Mammographie um ein Vielfaches höher ist als das Risiko der Strahlendosis. Seit Einführung vor mehr als 40 Jahren wurde die Strahlendosis auf weniger als 5 Prozent der damaligen gesenkt.

Die Magnetresonanztomografie (MRT) der Mamma ist ein relativ teures und aufwendiges, aber auch empfindliches Verfahren. So können durch den Einsatz eines speziellen MRT-Kontrastmittels, das vor Beginn der Untersuchung in eine Vene gespritzt wird, Tumore bereits sehr früh als Areal mit vermehrter Durchblutung nachgewiesen werden. Obwohl die MRT von allen bildgebenden Verfahren die höchste Empfindlichkeit für bösartige Veränderungen der Brust aufweist, kann es die Mammographie nicht vollständig ersetzen, da ein häufiges Frühzeichen von Brustkrebs, Mikroverkalkungen, nur in der Mammographie ausreichend nachgewiesen werden können. Aufgrund der hohen Empfindlichkeit werden mit der MRT auch eine ganze Reihe gutartiger Veränderungen nachgewiesen und sogenannte falsch-positive Befunde generiert, die keiner weiteren Behandlung bedürfen. Der Nutzen der MRT ist daher immer dann am größten, wenn die

Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein von Brustkrebs relativ hoch ist.

Strategien der Früherkennung

Bei einer gesunden Frau ohne familiäre Belastung liegt das Risiko, im Laufe des Lebens an Brustkrebs zu erkranken, bei etwa 10 Prozent. Hier ist in der Regel das Mammographie-Screening, bei dem alle Frauen in Deutschland im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre zu einer Mammographie-Untersuchung eingeladen werden, ausreichend. Bei Frauen mit familiärer Brustkrebsbelastung und mittlerem Erkrankungsrisiko von 15 bis 30 Prozent sollte die Früherkennung bereits mit 40 Jahren beginnen und in Form einer individuell angepassten Kombination von Mammographie und Sonografie alle ein bis zwei Jahre durchgeführt werden. Bei Frauen mit mehreren Brustkrebsfällen in der Familie und hohem Erkrankungsrisiko von über 30 Prozent ist ein intensiviertes Früherkennungsprogramm, beginnend mit 25 Jahren und unter Einschluss der MRT, erforderlich. Diese Frauen können sich in bundesweit 15 Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs beraten und betreuen lassen.

Von der reinen Früherkennung muss die Diagnostik bei Frauen mit Symptomen im Bereich der Brust abgegrenzt werden. Dazu gehören neu aufgetretene Tastbefunde, Hautveränderungen, einseitige nicht zyklusabhängige Schmerzen und nicht milchige Absonderungen aus den Brustwarzen. Bei Vorliegen von solchen Symptomen muss mit Hilfe aller verfügbaren Verfahren Brustkrebs entweder nachgewiesen oder sicher ausgeschlossen werden. In dieser Situation kommt der Sonographie eine besondere Bedeutung zu, da bestehende Symptome unmittelbar mit dem bildgebenden Befund korreliert werden können. Verdächtige Befunde können durch eine gezielte Gewebeprobe und diagnostische Tests endgültig abgeklärt werden. Bei der Diagnose Brustkrebs kann präoperativ, ergänzend zu mammographischen und sonographischen Untersuchungen, eine MRT durchgeführt werden. So lässt sich die Ausdehnung des Tumors genauer einschätzen und bösartige Veränderungen der anderen Brust sicher ausschließen.

Professor Dr. Ulrich Bick, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Wichtiger Knochenschutz

Die wirksamen Krebstherapien können sich negativ auf den Knochenstoffwechsel auswirken. Doch es gibt Möglichkeiten, um die Stabilität des Skeletts zu schützen und das Risiko für osteoporosebedingte Knochenbrüche zu senken.

VON PEYMAN HADJI. Wenn eine Therapie dazu führt, dass die Knochen weniger stabil sind und leichter brechen, sprechen Experten von einer therapiebedingten Osteoporose. Dieser Knochenschwund kann durch Brustkrebstherapien hervorgerufen werden, die die Produktion oder Wirkung der weiblichen Sexualhormone Östrogen und Progesteron unterdrücken beziehungsweise ganz verhindern. Gerade Östrogen ist bei Frauen wichtig für den gesunden Knochenstoffwechsel, bei dem zwischen Knochenabbau und -aufbau ein ausgeklügeltes Gleichgewicht besteht. In den Wechseljahren lässt die Östrogenproduktion nach. Dann treten eine Reihe von Veränderungen ein, unter anderem wird mehr Knochen ab- als aufgebaut. Durch diesen vermehrten Knochenabbau in Verbindung mit Risikofaktoren kann sich die Knochendichte bis hin zum Knochenschwund, der Osteoporose, verringern. So verlieren Frauen in den ersten 15 Jahren nach der letzten Regelblutung durchschnittlich bis zu 30 Prozent ihrer Knochendichte. Dies ist der Hauptgrund dafür, warum Osteoporose jenseits des 60. Lebensjahres bei Frauen rapide ansteigt.

Eingriffe in den Hormonhaushalt

Drei Viertel aller Brustkrebserkrankungen werden als hormonsensibel oder im Fachjargon als „Hormonrezeptor-positiv“ bezeichnet. Diese Tumoren werden durch Östrogen und/oder Progesteron zum Wachstum angetrieben. Eine wirksame Behandlungsstrategie für diese hormonsensiblen Tumore sind Medikamente, die dem Körper das Östrogen entziehen. Zu diesen sogenannten Antihormonen zählen das Antiöstrogen Tamoxifen und die Aromatasehemmer Anastrozol, Exemestan und Letrozol. Aber auch die GnRH-Therapie, mit der bei jungen Frauen mit einem hormonsensiblen Brustkrebs vor den Wechseljahren die Eierstock-Produktion und damit die Hormonproduktion künstlich ausgeschaltet wird, kann eine deutliche Abnahme der Knochendichte bewirken.

Auch Chemotherapien können den Knochenstoffwechsel negativ beeinflussen. So kommt es bei Frauen vor den Wechseljahren durch eine Chemotherapie nach der Operation häufig zum Ausbleiben der Regel im ersten Jahr. Ob diese Störung der Eierstockfunktion anhält, hängt vom Alter der Patientin,

von der Dosis der Chemotherapie und der Dauer der Behandlung ab. Bleibt die Regel bei Frauen um das 40. Lebensjahr aus, so ist das meist dauerhaft. Mehrere Untersuchungen

Antihormon- und Chemotherapie vermindern die Knochendichte teilweise deutlich.

belegen, dass prämenopausale Brustkrebspatientinnen, bei denen dauerhaft die Regel ausbleibt, eine um rund zehn Prozent geringere Knochendichte haben als die Patientinnen, die weiterhin ihre Regel bekommen. Auch bei den postmenopausalen Frauen verringern die Antihormon- und die Chemotherapie die Knochendichte teilweise deutlich.

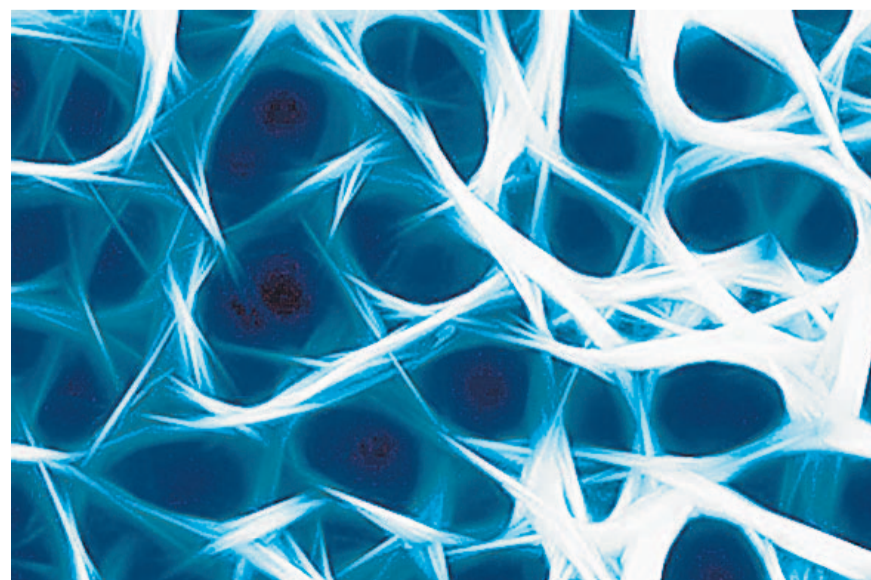
Risiko und Maßnahmen

Brustkrebspatientinnen, die mit einer Therapie beginnen, die die Knochendichte herabsetzen könnte, sollten laut Experten zuvor ihre Ausgangsknochendichte mittels Knochendichtemessung messen und das individuelle Frakturrisiko bestimmen lassen. Nur so besteht die Möglichkeit, frühzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten und eine osteoporosebedingte Fraktur als Folge der geplanten Brustkrebstherapie zu verhindern. Für die heutzutage häufig eingesetzte Antihormonthe-

rapie mit Aromatasehemmern gibt es eine spezielle Leitlinie, die beschreibt, bei welchem Frakturrisiko welche Knochen schützenden Maßnahmen ergriffen werden sollten. Demnach sollten prämenopausale Patientinnen mit niedriger Knochendichte sowie Betroffene in der Postmenopause täglich 1000 IE Kalzium und 2000 IE Vitamin D erhalten. Außerdem sollten die Frauen durch eine gesunde Lebensweise ihren Knochenstoffwechsel unterstützen. Dazu gehörten eine gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung sowie möglichst wenig oder gar kein Alkohol und Nikotin.

Frauen mit höherem Frakturrisiko sollten zusätzlich vorgehend eine Bisphosphonattherapie beginnen. Diese Medikamente verhindern beziehungsweise verringern effektiv den Knochenabbau. Die Wirkstoffe reichern sich speziell im Knochengewebe an und entfalten dort ihre Wirkung. In der Therapie von Knochenmetastasen gehören sie schon seit vielen Jahren zur Standardtherapie. In mehreren großen, qualitativ sehr hochwertigen Studien konnte gezeigt werden, dass per Infusion verabreichte Bisphosphonate bei Patientinnen mit starkem Östrogenmangel sogar eine Anti-Tumor-Wirkung aufweisen, also nicht nur die Knochendichte erhöhen, sondern auch das Risiko für einen Krebsrückfall verringern.

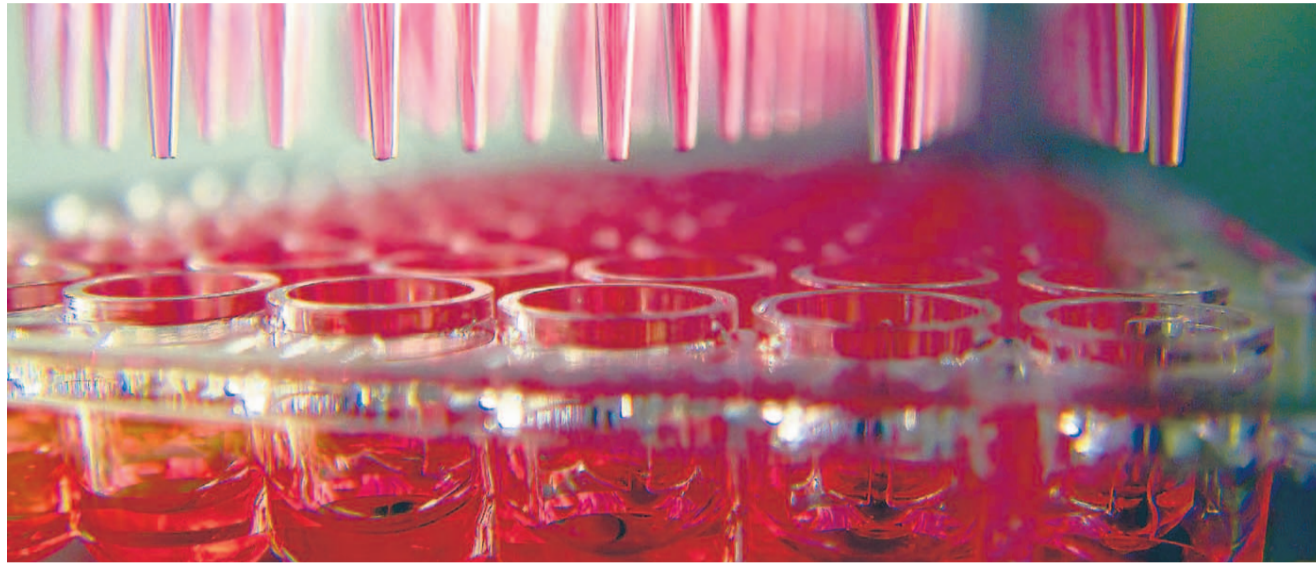
Professor Dr. med. Peyman Hadji, Philipps-Universität Marburg



Zukunft der Brustkrebstherapie

Krebs ist nicht gleich Krebs, sondern kleinste molekularbiologische Strukturen kennzeichnen den jeweiligen Krebstyp.

Diese Charakteristika nutzt die personalisierte Medizin, um neue und wirksamere Medikamente gegen Brustkrebs zu entwickeln.



VON ANDREAS SCHNEEWEISS. Die Brustkrebssterblichkeit sinkt zumindest in den westlichen Industrienationen stetig. So stieg das brustkrebspezifische 5-Jahres-Überleben von 70 Prozent in den achtziger Jahren auf über 80 Prozent nach der Jahrtausendwende und erreicht heute in den deutschen Spitzenzentren 90 Prozent. Dafür gibt es im Wesentlichen zwei Gründe: Zum einen wird vor allem seit Einführung des Mammographie-Screening-Programms die Diagnose des Brustkrebs deutlich früher im Krankheitsverlauf gestellt. Zum anderen erfolgt eine konsequente medikamentöse Behandlung entsprechend den nationalen Leitlinien.

Trend individuelle Therapie

Der Brustkrebs hat bei Diagnosestellung häufig schon Mikrometastasen in anderen Körperregionen gesetzt. Er ist damit eine generalisierte Erkrankung, die zusätzlich zur lokalen Behandlung, Operation und Bestrahlung, eine medikamentöse Therapie erfordert. Die postoperative Therapie

mit antihormonell wirkenden Medikamenten, Chemotherapie und dem monoklonalen Antikörper Trastuzumab hat das rückfallfreie Überleben und das Gesamtüberleben signifikant verbessert. Jedoch sind die Kosten dafür Übertherapie und teilweise Fehlbehandlung, weil diese Therapien

» Mit neuen Wirkstoffen möchten Mediziner dem Traum der maßgeschneiderten oder personalisierten Behandlung näher kommen.

eben nur bei einem Teil der Patienten wirken, ohne dass wir diese Patientengruppe genau definieren können. Auch der monoklonale Antikörper Trastuzumab zum Beispiel wirkt nur bei maximal 50 Prozent der Krebsgewebe, die sein Zielprotein, den sogenannten HER-2-Rezeptoren.

In den kommenden Jahren werden weitere, spezifisch wirkende Medikamente zugelassen werden. Mit diesen neuen Wirkstoffen möchten die Mediziner dem Traum der maßgeschneiderten oder personalisierten Behandlung näher kommen. Das heißt, aus einer länger werdenden Liste von möglichen Medikamenten soll das richtige Medikament für den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt ausgewählt werden können. Notwendig ist dazu eine umfassende molekulare Charakterisierung des individuellen Tumors und der betroffenen Patientin. Neue Hochdurchsatzverfahren erlauben schon heute, die molekulare Vielfalt des individuellen Brustkrebses besser abzubilden als je zuvor. In rückblickenden Analysen wurden wiederholt molekular definierte Untergruppen des Brustkrebses mit unterschiedlichem Krankheitsverlauf und unterschiedlicher Empfindlichkeit gegenüber einer Antihormontherapie oder Chemotherapie beschrieben. Diese unterschiedlichen Brustkrebsformen erfordern unterschiedliche Behandlungskonzepte.

Bedeutung klinischer Studien

Vor allem sogenannte Gen-Expressions-Profile erlaubten in zahlreichen rückblickenden Analysen eine genauere Abschätzung des individuellen Krankheitsverlaufes und der Empfindlichkeit gegenüber einer Chemotherapie oder Antihormonbehandlung als die etablierten Faktoren Alter, Tumorgröße, Lymphknotenbefall, Differenzierung und Hormonrezeptorstatus. Die bisher am häufigsten getesteten Gen-Expressions-Profile sind die Intrinsische Signatur, die Amsterdam-Signatur, der Genomic Grade Index und der Recurrence Score. Da diese Testungen bisher aber ausschließlich rückblickend oder nachträglich erfolgten, müssen die vielversprechenden Ergebnisse als vorläufig betrachtet werden. Es könnte sich schließlich auch um Zufall handeln. Daher werden zur Zeit vorausschauende Testungen der genannten Gen-Expressions-Profile in klinischen Studien überprüft. Wenn diese erfolgreich verlaufen, könnten diese Tests in naher Zukunft zum Beispiel helfen, etwa 15 bis 30 Prozent der Patienten mit neu diagnostiziertem Brustkrebs eine Chemotherapie zu ersparen, ohne deren Heilungschance zu verschlechtern.

Kompetenzen interdisziplinär bündeln

Es ist höchste Zeit, die One-size-fits-all-Strategie bei der Behandlung des Brustkrebses zu verlassen. Dies kann aber nur im interdisziplinären Dialog zwischen Grundlagenforschern, Diagnostikern und Therapeuten gelingen. Neue zielgerichtete wirksame Substanzen werden nur in bestimmten Untergruppen von Brustkrebs mit spezifischen Eigenschaften ausreichend wirksam sein, um eine Zulassung zu erhalten. Getriggert durch Hypothesen aus der Grund-

genforschung, müssen diese Untergruppen in klinischen Studien frühzeitig anhand von Biomarkern oder funktionellen Tests definiert werden. Die neoadjuvante Therapie, das heißt die medikamentöse Therapie vor der Operation, bietet den idealen Rahmen, um dieses Ziel zu erreichen. Sie erlaubt, während der Therapie sequentielle Gewebeproben aus dem Brusttumor, Blutentnahmen und parallele bildgebende Verfahren durchzuführen. So können therapieinduzierte molekulare Veränderungen im Tumor oder Blut mit dem klinischen Verlauf korreliert werden. Es ist bereits bekannt, dass das Zerstreuen aller Brustkrebszellen in der Brust und den Achselhöhlen-Lymphknoten durch eine neoadjuvante Chemotherapie die Chance auf Heilung beim Hormonrezeptor-negativen oder HER2-positiven Brustkrebs signifikant erhöht. Das Gleiche gilt wahrscheinlich für einen Abfall des Proliferationsmarkers Ki-67 unter einer

» Ein wichtiger Schritt war die Schaffung sogenannter Comprehensive Cancer Center nach amerikanischem Vorbild.

neoadjuvanten Antihormonbehandlung beim stark Hormonrezeptor-positiven Brustkrebs. Zudem könnten durch dieses Vorgehen Patienten, die mit den besten zur Verfügung stehenden Therapien keine Prognoseverbesserung erreichen, rasch identifiziert und im Rahmen sogenannter post-neoadjuvanter Konzepte mit neuen, innovativen Therapien behandelt werden.

Eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre wird sein, das enorme Potential der modernen Technologien rasch in das multimodale Behandlungskonzept des Brustkrebses zu integrieren. Dies kann nur durch qualitativ hochwertige Studien mit innovativen, transnationalen Begleitprogrammen erreicht werden. Die hierfür erforderlichen strukturellen und finanziellen Voraussetzungen müssen konsequent weiter umgesetzt werden. Ein wichtiger Schritt war die Schaffung sogenannter Comprehensive Cancer Center nach amerikanischem Vorbild. In diesen Institutionen arbeiten Grundlagenforscher und Kliniker unter einem Dach zusammen. Dadurch werden der Wissenstransfer vom Labor zum Patienten und die Rückmeldung aus der Klinik an die Grundlagenforschung beschleunigt. Dieser permanente Austausch ist der Schlüssel auf unserem Weg zur personalisierten Krebsbehandlung.

Professor Dr. Andreas Schneeweiss, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen des Universitäts-Klinikums Heidelberg

Nebenwirkungen erträglich gestalten

Gegen Brustkrebs gibt es heute sehr wirksame Therapieoptionen, die jedoch auch Nebenwirkungen haben können. Um diese Begleiterscheinungen zu reduzieren und den betroffenen Frauen ein möglichst normales Leben in ihrem Alltag zu ermöglichen, stehen verschiedene Optionen zur Verfügung.



VON NADIA HARBECK. Die medikamentöse Systemtherapie ist heute ein wichtiger Bestandteil der modernen Brustkrebstherapie und ist auch im Frühstadium als vorbeugende, sogenannte adjuvante Systemtherapie meist unverzichtbarer Therapiebestandteil, um die bestmögliche Heilungswahrscheinlichkeit zu erzielen. Bilden sich dennoch – wie bei 20 bis 30 Prozent der Patienten – Fernmetastasen in anderen Organen, lässt sich diese metastasierte Erkrankung nach heutigem Kenntnisstand nicht heilen. Aber sie kann über Jahre ähnlich wie eine chronische Erkrankung gut behandelt werden und somit auf den Erhalt einer guten Lebensqualität sowie auf eine Lebensverlängerung abzielen.

Nebenwirkungen gehören zu den unerwünschten, mitunter Lebensqualität beeinträchtigenden Begleiterscheinungen einer Krebstherapie. Allgemeine Nebenwirkungen, die bei einer bestimmten Therapieart auftreten, und medikamentenspezifische Nebenwirkungen können rasch und kurz-

zeitig unmittelbar unter Therapie auftreten, aber auch lange andauern oder erst Jahre nach Abschluss sichtbar werden. Einem ausführlichen Therapieaufklärungsgespräch und dem kontinuierlichen Dialog mit dem Arzt kommt für alle Betroffenen höchste Bedeutung zu. Nur so kann eine möglichst optimale Behandlung erfolgen – abgestimmt auf die jeweilige Situation der Patienten sowie unter Abwägung des möglichen Nutzen gegenüber den möglichen Nebenwirkungen.

Individuelle Gestaltung

Die häufig eingesetzte Chemotherapie betrifft in ihrer Wirkung nicht nur Tumorzellen, sondern alle sich schnell teilenden Zellen. So führt sie zu den bekannten allgemeinen Nebenwirkungen, wie Blutbildveränderungen, Übelkeit, Erbrechen und Haarverlust. Daneben gibt es medikamentenspezifische Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Hautausschlag, Veränderung der Nervenempfindlichkeit oder eine Herzschädigung als Spätfolge. Daher ist

die Entscheidung zur vorbeugenden Chemotherapie sehr genau abzuwägen. Mit tumorbiologischen Tests lässt sich das Rückfallrisiko im Frühstadium genau einschätzen und eine Übertherapie vermeiden. Bei notwendiger Chemotherapie stehen unterstützende Medikamente wie Wachstumsfaktoren für weiße oder rote Blutkörperchen zur Verfügung. Präparate gegen die Übelkeit sind meistens routinemäßig integriert, so dass diese Folgen sehr selten geworden sind. Sogar vor der um Stunden verzögerten Übelkeit kann heute wirkungsvoll geschützt werden. Zusätzlich kann im Verlauf der Therapie die Dosis angepasst oder eine Therapiepause eingelegt werden. Da eine Chemotherapie vorübergehend oder auch dauerhaft die Fruchtbarkeit beeinträchtigen kann, sollten junge Frauen mit Kinderwunsch unbedingt vor Beginn einer Therapie über Risiken und mögliche Gegenmaßnahmen informiert werden.

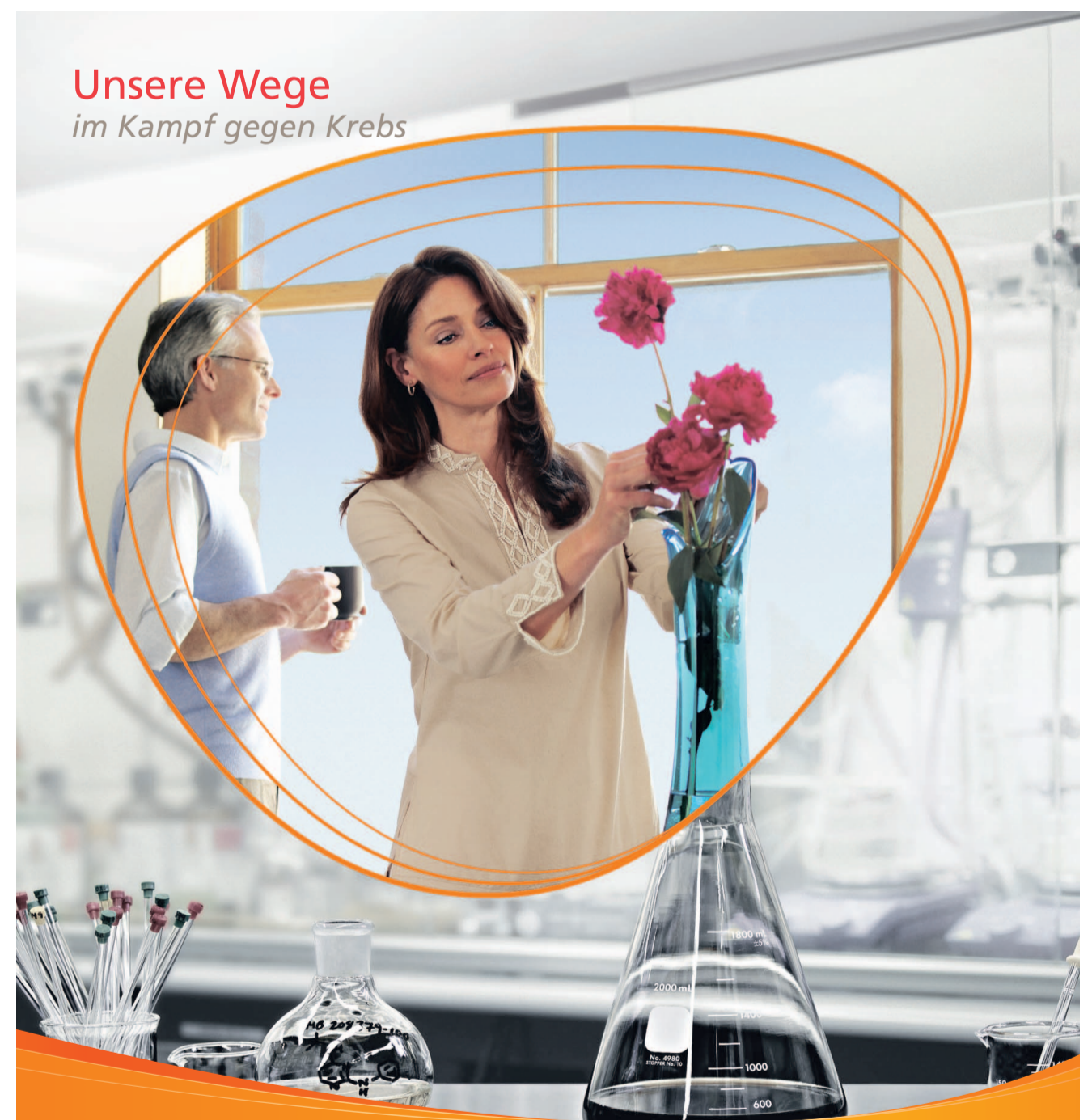
Die Folgen der Antihormontherapie, auch als endokrine Therapie bezeichnet, können mit vielfältigen hormonell verursachten Nebenwirkungen den Alltag stark beeinträchtigen. Dazu gehören unter anderem Wechselbeschwerden, Beeinträchtigung der Sexualität oder auch Knochendichteverlust. Da diese Therapien in der Regel über lange Zeit verabreicht werden, ist das regelmäßige Gespräch mit dem Arzt wichtig. Auftretende Beschwerden können und müssen behandelt werden, damit die Medikamente weiter genommen werden können.

Auch naturheilkundliche Begleittherapien können hilfreich sein, therapiebedingte Nebenwirkungen zu mindern oder zu vermeiden. Allerdings benötigen diese Substanzen im Körper oft die gleichen Stoffwechselwege wie die eigentlichen Medikamente gegen den Krebs. Als Folge kann es entweder zu einem beschleunigten Abbau und Wirkungsverlust oder zu einem verlangsamten Abbau und damit vermehrten Nebenwirkungen der Krebsmedikamente kommen. Beide Fälle wären für den Behandlungserfolg sehr schlecht. Daher sollten Begleitmedikamente immer mit dem behandelnden Arzt abgestimmt werden.

Wie sehr die Therapie trotz aller unterstützenden Maßnahmen die Patientin beeinträchtigt, hängt vom Stadium der Krebserkrankung ab sowie vom Alter und von weiteren Begleitkrankungen. Insgesamt sind die Vorteile der modernen, an den Leitlinien orientierten Systemtherapie deutlich größer als die eventuell auftretenden Nebenwirkungen.

Professor Dr. med. Nadia Harbeck, Brustzentrum der Universität München

Unsere Wege im Kampf gegen Krebs



Es gibt mehr als einen Weg im Kampf gegen Krebs: Vorsorge, Therapie, aber auch Maßnahmen, die die Lebensqualität bereits erkrankter Menschen verbessern. Aus unserer Erfahrung und Tradition heraus haben wir bei GlaxoSmithKline für jeden dieser Wege Lösungen gefunden.

Es waren Nobelpreisträger bei GSK, die eine neue Möglichkeit fanden, die unkontrollierte Teilung von Krebszellen zu stoppen und damit einen wesentlichen Schritt in der Krebstherapie erzielt haben. Gegen Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen haben wir revolutionäre Medikamente entwickelt, die den Patienten helfen, die Chemotherapie zu bewältigen. Und wir arbeiten an innovativen Impfstoffen, die das Immunsystem als mächtige Waffe im Kampf gegen Krebs unterstützen.

Das Ergebnis unserer intensiven Forschungsarbeiten ist eine Vielzahl innovativer Arzneimittel gegen die Ursachen und Folgen von Krebs. Erfahren Sie mehr über uns und unseren zukünftigen Weg gegen die Ursachen und Folgen von Krebs unter: www.gsk-onkologie.de



MED INFO & SERVICE CENTER
Mo.-Fr. 8-20 Uhr (gebührenfrei)
Tel. 0800 122 33 55 e-mail: service.info@gsk.com
Fax 0800 122 33 66 e-mail: medizin.info@gsk.com

gsk GlaxoSmithKline
Oncology

Onkologische Therapie im Alter

Ältere Patienten mit Tumorerkrankungen bestmöglich medizinisch zu versorgen und zu betreuen ist eine alltägliche Herausforderung in der Praxis. Neben einer angemessenen Früherkennung spielen zahlreiche Faktoren bei Auswahl der Therapiemaßnahmen eine Rolle.

VON ULRICH WEDDING. Nicht selten wird Brustkrebs bei über 70-jährigen Frauen im Rahmen von ärztlichen Routineuntersuchungen entdeckt, weil eine angemessene Krebsvorsorge und -diagnose in dieser Altersgruppe oft vernachlässigt wird. So richtet sich das Mammographie-Screening-Programm an Frauen, die zwischen 50 und 69 Jahre alt sind. Frauen ab dem 70. Lebensjahr werden die Kosten von den Krankenkassen nicht mehr erstattet. Auch wissenschaftliche Studien, die die Grundlage begründeter Therapieempfehlungen sind, berücksichtigen alte Frauen nicht ausreichend, und es stehen sehr viel weniger gute wissenschaftliche Daten zur Verfügung als bei jungen Frauen. Doch gerade im höheren Alter treten die meisten Krebserkrankungen auf: Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 64 Jahren. Allein 10 Prozent aller Brustkrebs-erkrankungen werden bei Frauen im Alter von 80 Jahren und älter diagnostiziert.

Derzeit leben 41,5 Millionen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Bis in das Jahr 2030 wird sich diese Zahl laut Statistischem Bundesamt auf 39,5 Millionen verringern. Gleichzeitig wird die Zahl der über 65-Jährigen von derzeit 9,6 auf 12,2 Millionen zunehmen, und die Zahl der über 80-Jährigen wird von derzeit 2,9 auf dann 3,9 Millionen zunehmen. Folglich wird – wegen der mit dem Alter steigenden Häufigkeit, an Krebs zu erkranken – die Zahl alter Frauen mit Brustkrebs-erkrankungen in den nächsten Jahrzehnten deutlich zunehmen. Bei der Sterberate sind die älteren Frauen im Vorteil: Insgesamt sterben 20 bis 25 Prozent der Patientinnen. Doch je später ein Brustkrebs auftritt, desto seltener ist er diejenige Erkrankung, die zum Tode führen wird.

Beeinflussende Faktoren

Nicht jede Frau ist gleich und nicht jeder Brustkrebs ist gleich. Daher müssen sowohl die Charakteristika des diagnostizierten Brustkrebses genau erfasst werden, als auch die Gesamtsituation der Patientin. Typische Charakteristika sind zum Beispiel die Tumorgroße, regional ballene Lymphknoten oder Wachstumsfaktoren im Gewebe. Bei alten Frauen finden sich häufiger Tumore, die auf ihrer

Oberfläche Rezeptoren für die Hormone Östrogen und Progesteron aufweisen. Das ist ein prognostisch als günstig zu bewertendes Zeichen und hat therapeutische Konsequenzen, da Antihormone in der Therapie eingesetzt werden können. Bei der Einschätzung der Gesamtsituation ist die durchschnittliche Lebenserwartung in dem jeweiligen Alter ein zu wichtiger Faktor. Da der Alterungsprozess sehr heterogen verläuft, sind viele 80-Jährige heutzutage körperlich fit, aktiv und selbstständig. Andere Patientinnen weisen bereits schwere Begleiterkrankungen auf und sind körperlich stark eingeschränkt. Daher sollten strukturiert und systematisch die folgenden Punkte erfasst werden: Weitere Erkrankungen, bereits verordnete Medikamente, Selbstversorgungsfähigkeit, soziales Netzwerk, kognitive Funktionen und psychische Stabilität, Mobilität und Ernährungszustand. Frauen, die Einschränkungen in diesen Bereichen aufweisen, haben ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen und sie profitieren aufgrund ihrer eingeschränkten Lebenserwartung auch nur in geringerem Umfang von der Therapie. Leider sind bisher keine Therapieempfehlungen erstellt worden, die diese Bereiche ausreichend integrieren.

Therapeutische Optionen

Therapie der Wahl ist die operative Entfernung des Brustkrebses, so dass rund um den Tumor ein tumorfreier Geweberand vorliegt. Diese operative Resektion des Brustkrebses birgt kein hohes operatives Risiko, das heißt, selbst Frauen in hohem Alter und mit Begleiterkrankungen können in aller Regel sehr sicher operiert werden. Bei alten Frauen, die ein hohes Risiko durch die Operation hätten und deren Krebsgewebe gleichzeitig Hormonrezeptoren aufweist, kann als Alternative eine alleinige Hormontherapie angewendet werden.

Es folgen Therapien, die nach erfolgter kompletter chirurgischer Entfernung eingesetzt werden, sogenannte adjuvante Therapien. Sie zielen darauf, das Risiko für das erneute Auftreten der Erkrankung – medizinisch als Rezidiv bezeichnet – zu reduzieren und damit auch die Gefahr, an der Brustkrebs-erkrankung zu sterben. Nicht bei allen



Brustkrebspatientinnen sind adjuvante Therapien notwendig und nicht bei allen, die sie erhalten, sind sie effektiv. Das heißt, von denjenigen Frauen, die eine solche Therapie erhalten, erleben einige auch ohne diese Therapie kein Rezidiv, andere erkranken trotz dieser Therapie erneut. Dazwischen existiert eine Gruppe von Frauen, die aufgrund der adjuvanten Therapie nicht erneut erkranken. Zu dieser Therapiegruppe gehören:

- Die Bestrahlung der Brust sowie der Lymphabflusswege,
- die Hormontherapie, wenn die im Alter häufigste Form des Brustkrebses vorliegt, bei der Hormonrezeptoren auf den Brustkrebszellen nachweisbar sind,
- die Chemotherapie,
- die Immuntherapie mit einem Antikörper gegen einen Wachstumsfaktor, der HER-2 genannt wird, dann, wenn der Tumor HER-2 positiv ist.

Weitere Verfahren zeigen möglicherweise Wirkung, sollten aber in klinischen Studien untersucht werden, bevor sie allgemein empfohlen werden.

Das chronologische Alter selbst darf kein Entscheidungskriterium sein, eine bestimmte Therapie durch- bzw. nicht durchzuführen. Das wäre eine Diskriminierung und

Benachteiligung alter Patienten. Viele profitieren von den beschriebenen onkologischen Behandlungen. Diejenigen, die von einer Therapie nicht profitieren, sind aufgrund medizinischer Kriterien zu beurteilen. Ob die Kosten einer Therapie von der Gemeinschaft getragen werden, ist keine situative medizinische Entscheidung des Arztes, sondern eine politisch beschlossene Vorgabe.

Palliative Situation

Selbst wenn sich die Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium befindet, sind auch bei alten Frauen viele therapeutische Maßnahmen mit dem Ziel eines Lebenszeitgewinns und einer Verbesserung von Beschwerden durch die Erkrankung möglich. In Deutschland starben 2006 17 268 Frauen an ihrer Brustkrebs-erkrankung. Diese finden Dank der Entwicklung der Palliativmedizin zunehmend flächendeckende Versorgung zu Hause mit Unterstützung durch spezialisierte ambulante Palliativteams (SAPV), stationären Hospizen und Palliativstationen sie und ihre Angehörigen unterstützende Betreuung.

PD Dr. Ulrich Wedding, Universitätsklinikum Jena

Umgang mit Risikofaktoren

Die negativen Folgen eines ungesunden Lebensstils sind schon lange bekannt. Nun finden neue Programme, die bereits Erkrankten in der Bewältigung ihrer Krankheit helfen, zunehmend den Weg in die Praxis.

VON KLAUS FRIESE. Brustkrebs ist in den vergangenen Jahren zu einem gesundheitspolitischen und gesellschaftsfähigen Thema geworden. Alle wesentlichen Bereiche – Diagnostik, Früherkennung und Therapie, aber auch Forschung und Versorgung der Patienten – wurden deutlich verbessert. Dabei haben die Einführung von zertifizierten Brustzentren, das flächendeckende Mammographie-Screening, die Leitlinien-orientierte Therapie und auch Synergien zwischen Forschung und Praxis wichtige Beiträge geleistet.

Nur wenige evidenzbasierte und epidemiologische Daten gibt es jedoch zum Thema der Brustkrebs-Prävention im Sinne einer echten Vorbeugung.

Ein entscheidender Risikofaktor für die Entstehung von Krebs ist das Lebensalter bzw. das höhere Lebensalter. Bei Brustkrebs gibt es ein genetisches Risiko bei Familienkonstellationen, bei denen BRCA-Mutationen auftreten. Frauen mit einer solchen Prädisposition werden in einem entsprechenden Sonderprogramm zur Früherkennung betreut. Risikobehaftet sind außerdem die familiäre Krebsanamnese im Allgemeinen und die Eigenanamnese der Frau. Weitere Faktoren sind bestehende Hochrisikoläsionen im Rahmen einer früheren Operation oder eine bereits vorübergehende Brustkrebs-erkrankung. Ein neuer Fokus wird derzeit auf junge Frauen gelegt, die in ihrer Vorgeschichte, beispielsweise aufgrund einer Lymphom-erkrankung, eine Thoraxbestrahlung erhalten hatten. Diese Frauen sollten eine intensivierte Brustvorsorge erhalten.

Lifestyle

Zu den sozial definierten Risikofaktoren gehören eine geringe Geburtenzahl oder ein höheres Alter bei der ersten Geburt des Kindes. Diese Faktoren können Frauen individuell beeinflussen und, zum Beispiel durch Stillzeiten, zur Prävention nutzen. Unabhängig von der Familienplanung können sich Frauen präventiv schützend verhalten. Dazu gehört ein normales Körpergewicht mit einem Body-Mass-Index von unter 25. Gesundheitsförderung ist auch die bewusste und lebenslange



Ausübung von sportlichen Tätigkeiten, die in ihrer Summe dem metabolischen Äquivalent von etwa drei bis fünf Stunden schneller Schrittgeschwindigkeit pro Woche entsprechen sollen. Ferner sollen Hormonersatztherapie in und nach den Wechseljahren so kurz wie möglich eingesetzt oder besser ganz vermieden werden. Nachgewiesen sind negative Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum – und dies bezieht sich bereits auf den regelmäßigen Genuss von mehr als einem halben Glas Wein täglich. Das Brustkrebsrisiko steigt proportional zum Alkoholkonsum an. Ob und welchen Einfluss andere Parameter, wie Schichtarbeit, Nikotin, Umweltchemikalien, Kosmetika oder orale Kontrazeptiva, haben, ist derzeit nicht wissenschaftlich gesichert. Ebenso gelten die möglichen Folgen von Nahrungsergänzungsmitteln, auch von Vitaminen, als nicht ausreichend belegt. Insgesamt trifft der von der WHO beschriebene Begriff der „ausgewogenen Ernährung“ den Kern der gegenwärtigen Präventionsempfehlung am besten.

Zur Aufklärung der Patienten gibt es in Brustzentren und Nachsorgeeinrichtungen während einer Brustkrebstherapie eine intensive, individualisierte Beratung, bei der viele der obengenannten Punkte angesprochen werden. Vor kurzem noch unvorstellbare Konzepte finden in spezialisierten Einrichtungen bereits den Weg in die Routineange-

bote. Ein Beispiel dafür ist die Ausübung von Kraftsportarten begleitend zur Chemotherapie, um die Blutwerte zu verbessern und Nebenwirkungen zu reduzieren.

Aufklärung

Die kontinuierliche Umsetzung der lebensverändernden Maßnahmen, insbesondere sportliche Aktivität, Gewichtsreduktion oder Ernährungs-umstellung, finden zunehmend Einfluss auf aktuelle Studienkonzepte. Solche Studien gehen weit über medikamentöse Wirksamkeit von Therapien hinaus, sie reichen in den Bereich der Versorgungsforschung hinein. Laut WHO sollen Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen so verändert werden, dass im Sinne einer Gesundheitsförderung bessere Bedingungen für gesundes Leben entstehen. Dabei übernehmen die Frauenärzte eine wichtige Vermittlungsfunktion, damit die umfangreichen Informationen bei ihren Patientinnen ankommen und nachhaltig umgesetzt werden.

Professor Dr. med. Klaus Friese, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

IMPRESSUM

Brustkrebs – Diagnose und Therapie

Verlagsbeilage
Frankfurter Allgemeine Zeitung
© Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH
Hellerhofstraße 2-4
60327 Frankfurt am Main, 2012

Verantwortlich für den redaktionellen Inhalt:

Anna Seidinger
Anna Seidinger Consulting
Medien Medizin Marketing
Barystraße 10
81245 München

Verantwortlich für Anzeigen:

Andreas Formen (Verlagsgeschäftsführer);
für Anzeigenproduktion: Stephan Puls
Weitere Detailangaben siehe Politik, Seite 4

Verwendete Fotos:
Seite B1-B4: fotolia

Den Krebs zu besiegen ist unser Ziel.
Mit vereinten Kräften.



Wir von Roche Pharma arbeiten mit Leidenschaft an der Zukunft der Krebsmedizin, um den Patienten den Schrecken der Krankheit zu nehmen. Unsere jahrzehntelange Erfahrung und innovativen Forschungstechnologien sind die Basis für neue, richtungweisende Therapien in der Onkologie. Symptome nicht nur behandeln, sondern langfristig Krebs besiegen: Das ist für uns kein Traum, es ist das Ziel.

Roche Onkologie
Die treibende Kraft



www.roche-onkologie.de