



Brustgesundheit

Im Mittelpunkt die Frau

Experten des BrustGesundheitsZentrums der Medizinischen Universität und des Allgemeinen Krankenhauses Wien stellten in einer Informationsveranstaltung die aktuellen Möglichkeiten der Therapie von Brustkrebs vor.

Von Dr. Susanne Billich

Das nach den Kriterien der European Society of Mastology zertifizierte BrustGesundheitsZentrum MUW/AKII Wien liegt im internationalen Vergleich vorne, wie ein Blick auf die Liste neuerer Publikationen zeigt. Die hohen Fallzahlen sprechen ebenso für sich: rund 400 neu diagnostizierte Mammakarzinomfälle, etwa 350 Operationen und an die 800 Chemotherapien pro Jahr.

Interdisziplinäres Tumorboard

„Im Mittelpunkt steht die Frau“, lautet das Credo des Zentrumleiters Univ.-Prof. Dr. Christian Singer und seines Teams. „Traditionell wurden die Patientinnen von einer Disziplin zur anderen weitergereicht und jedes Mal die Anamnese neu erhoben. Das ist psychisch sehr belastend.“ Deshalb werden die Patientinnen im BrustGesundheitsZentrum Wien in allen Stadien ihrer Erkrankung ganzheitlich betreut. Ein interdisziplinäres Tumorboard aus senologisch spezialisierten Ärzten aller Fachrichtungen, Genetikern, Psychoonkologen, Physiotherapeuten und speziell ausgebildetem Pflegepersonal koordiniert diagnostische und therapeutische Abläufe. „Auch auf die Fertilität nach Brustkrebs wird eingegangen. Gerade dieser Aspekt wurde bislang leider völlig vernachlässigt“, betont Singer. Von Vorteil für die Patientinnen ist auch die Möglichkeit zur Teilnahme an klinischen Studien, zum Beispiel an Studien zu Poly-[ADP-Ribose]-Polymerase-1-Inhibitoren beim schwierig zu behandelnden tripelnegativen Mammakarzinom.

Hochrisikopatientinnen

Bei familiär gehäuften Brustkrebs bietet das BrustGesundheitsZentrum eine genetische Untersuchung an. Frauen

mit BRCA-Gen-Mutationen haben ein bis zu 86 Prozent erhöhtes Brustkrebsrisiko. Dr. Anneliese Fink-Retter betont: „Hier liegen meist Karzinome mit hoher Penetranz und raschem Wachstum vor, und das häufig in einem sehr jungen Erkrankungsalter.“ Ein regelmäßiges Screening mittels Sonografie, Mammografie und MRI ist essenziell. Wie in einer internationalen Studie mit Beteiligung des BrustGesundheitsZentrums gezeigt wurde, senkt die prophylaktische Salpingo-Oophorektomie und/oder Mastektomie das Risiko signifikant (Domchek et al., JAMA 2010). Zum Beispiel reduziert die Mastektomie das Brustkrebsrisiko um 90 Prozent. In Österreich haben sich derzeit nur rund 16 Prozent der Betroffenen dieser Operation unterzogen – im internationalen Vergleich eine sehr niedrige Rate. „Die histologische Untersuchung der Mastektomiepräparate zeigt aber bei 57 Prozent Veränderungen“, so Fink-Retter.

Tamoxifen bei Übergewicht

Bei Hormonrezeptor-positivem Brustkrebs (ER+, PgR+) ist eine mehrjährige endokrine Therapie mit Östrogenrezeptor-Antagonisten oder Aromatasehemmern der Standard, wobei für unter 40-Jährige die gleichzeitige Gabe eines GnRH-Agonisten von Vorteil ist. Das BrustGesundheitsZentrum war an der ABCSG-12-Studie bei 1.803 Patientinnen beteiligt, in der die Frauen entweder Anastrozol oder Tamoxifen kombiniert mit Goserelin erhielten. In einer retrospektiven Analyse dieser Studie zeigte Dr. Georg Pfeiler, dass übergewichtige Frauen aufgrund ihrer höheren Aromatase- und Östrogenpiegel unter Anastrozol/Goserelin ein kürzeres krankheitsfreies Überleben und Gesamtüberleben als unter

Tamoxifen/Goserelin hatten. Bei Normalgewichtigen wurde kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen beobachtet. „Für übergewichtige Frauen könnte daher Tamoxifen die bessere Wahl sein“, folgerte Pfeiler. Die Therapietreue ist jedoch ernüchternd. „Nach einem Jahr nehmen 77 Prozent der Patientinnen Tamoxifen noch ein, nach vier Jahren nur noch 50 Prozent“, stellt Pfeiler fest, ähnlich die Situation bei den Aromatasehemmern: Im dritten Behandlungsjahr hat rund ein Drittel der Patientinnen die Therapie abgebrochen. Pfeiler: „Frauen, die nur 80 Prozent der Therapie einnehmen, haben jedoch eine um 26 Prozent erhöhte Rezidivrate.“

„Unter Aromatasehemmern kommt es zu zusätzlichen drei Prozent Knochenabbau pro Jahr, bei einer Therapiedauer von fünf Jahren ist das klinisch relevant“, betont Univ.-Prof. Dr. Michael Seifert. In der ABCSG-12-Studie wurden die Frauen zusätzlich zur endokrinen Therapie mit dem Bisphosphonat Zoledronat behandelt oder nicht. Im Zoledronat-Arm war nicht nur die Knochendichte verbessert, sondern auch das krankheitsfreie Überleben (primärer Endpunkt) sowie das progressionsfreie und das Gesamtüberleben verlängert. Das Progressionsrisiko war um 36 Prozent reduziert ($p=0,01$). „Zoledronat wirkt hier ähnlich wie ein Zytostatikum“, stellt Seifert fest. In der jetzt laufenden ABCSG-18-Studie wurde auch mit dem RANK-Ligand-Antikörper Denosumab eine Reduktion der Frakturrate und allgemeine Verbesserung der Knochendichte gezeigt.

