

Das Mammakarzinom ist bei Frauen westlicher Länder die häufigste Karzinomdiagnose und die zweithäufigste Krebstodesursache. Jede zehnte Frau im deutschsprachigen Raum erkrankt daran. Etwa 30 bis 35% befinden sich in der Prämenopause, davon sind 2 bis 3% jünger als 35 Jahre. Bei Frauen im Alter zwischen 30 und 55 Jahren stellt das Mammakarzinom die häufigste Todesursache dar.

Hereditäre Karzinome

Etwa 12% aller Patientinnen mit einem Mammakarzinom berichten über eine erstgradige Verwandte mit derselben Erkrankung, 1% haben zwei oder mehr erstgradig betroffene Familienmitglieder. Hereditäre Mammakarzinome unterscheiden sich von

Das Mammakarzinom – eine interdisziplinäre Herausforderung

sporadischen Fällen durch das frühere Erkrankungsalter, die höhere Prävalenz von bilateralen Manifestationen und eine grössere Anzahl von assoziierten Tumoren in den betroffenen Familien. 1994 und 1995 wurden mit BRCA1 und BRCA2 zwei Gene entschlüsselt, die bei Vorliegen einer autosomal dominant vererbten Keimbahnmutation mit einer familiären Häufung von Mamma- und Ovarialkarzinomen in Verbindung gebracht werden. Dennoch lassen sich weniger als 5% aller Mammakarzinome ursächlich auf eine Mutation in einem der beiden Gene zurückführen. Vererbte Mutationen in anderen Tumorsuszeptilitätsgenen wie p53, PTEN, ATM oder DNA-Mismatch-Repair-Genen werden für weniger als 1% aller hereditären Mammakarzinome verantwortlich gemacht.

Gesunde BRCA-Mutationsträgerinnen oder Frauen aus Familien, in denen eine Prädisposition für hereditäre Mamma- und/oder Ovarialkarzinome nicht ausgeschlossen werden kann, sollten einer adäquaten Beratung mit Anbindung an ein interdisziplinär arbeitendes Zentrum mit entsprechender Expertise zugeführt werden. Der Artikel von Frau Dr. med. Schnabel und Kollegen gibt Empfehlungen zur genetischen Beratung und BRCA-Testung.



Neue therapeutische Konzepte

Aufgrund der zunehmenden invasiven Diagnostik bei sonografischen und mammografischen Befunden werden vermehrt okkulte Läsionen festgestellt, welche keine obligate Präkanzerose sind, jedoch als Risikoläsionen mit unsicherem biologischem Potenzial angesehen werden müssen. Über das Vorgehen bei Nachweis dieser sogenannten B3-Läsionen berichten Herrn Dr. med. Dedes und Kollegen.

Das Konzept des Mammakarzinoms hat sich in den letzten Jahrzehnten von einer lokalen Erkrankung immer mehr Richtung systemisches Leiden verschoben. Heute kann die Radikalität der Operation durch brusterhaltende Verfahren und durch die Sentinel-Lymphonodektomie minimiert werden. Bereits 1977 wurde das Konzept der Sentinel-Lymphonodektomie von Cabanas für das Peniskarzinom vorgestellt. Die Sentinel-Lymphonodektomie gilt heute beim Mammakarzinom mit klinisch negativer Axilla als Standardtherapie. Nebenwirkungen wie Armlymphödem, Hyposensibilität der Haut, Einschränkung der Schultermobilität, aber auch Hospitalisationsdauer und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind nach Sentinel-Lymphonodektomie signifikant niedriger. Der Artikel von Frau Dr. med. Heuer und Kollegen fasst die moderne operative Therapie des Mammakarzinoms zusammen.

Durch den Einsatz von zytostatischen und endokrinen Systemtherapien sowie mit monoklonalen Antikörpern konnte ein wesentlicher Gesamtüberlebensvorteil erreicht werden. Um jedoch eine Übertherapie vor allem bei Patientinnen mit endokrin sensitivem Mammakarzinom zu vermeiden, ist die Identifizierung von Patientinnen mit einem niedrigen Rezidivrisiko notwendig, die nicht von einer Chemotherapie profitieren. Die Analyse von Genexpressionsmustern wird in Zukunft das traditionelle histopathologische Staging ergänzen und eine individualisierte Therapie erlauben.

Qualitätsmessung als Prognosefaktor

Nachdem gezeigt werden konnte, dass auch beim Mammakarzinom der «Case-Load» ein Prognosefaktor ist, kommt der Qualitätsmessung eine besondere Bedeutung zu. Der Goldstandard der Qualitätsmessung ist die Outcome-Messung mit Erfassung der intramammären Rezidive nach brusterhaltender Operation, der Rate an axillären Rezidiven nach Sentinel-Lymphonodektomie oder kompletter Axilladissektion, der Thoraxwandrezidive und des Gesamtüberlebens. Es dauert jedoch in der Regel Jahre, bis diese Ereignisse eintreten. Um die Qualität der Versorgung kurzfristig überwachen zu können, müssen neben den Outcome-Parametern prospektiv Surrogatmarker erfasst werden. Solche Surrogatmarker sind beispielsweise der Prozentsatz der Tumoroperationen mit tumorfreien Resektaträndern, die Anzahl der benötigten Narkosen bis zum Abschluss der chirurgischen Therapie und die durchschnittliche Anzahl entfernter axillärer Lymphknoten bei kompletter axillärer Lymphonodektomie.

Nachsorge ideal in der Praxis

Während die Primärtherapie des Mammakarzinoms heutzutage an Zentren mit entsprechendem «Case-load» und damit Expertise erfolgen sollte, kann die onkologische Nachsorge nach abgeschlossener Primärtherapie ideal in der Praxis durchgeführt werden. Entsprechende **Empfehlungen zur Nachsorge** sind zum Beispiel auf der Website www.swissago.ch zu finden. Eine optimale Nachsorge verlangt keinen Aktionismus. Im Gegenteil: Vor jeder Diagnostik sollte sich der Arzt grundsätzlich die Frage stellen, ob das Ergebnis der Untersuchung für die Patientin eine Konsequenz in irgendeiner Form hat. Um diese Frage richtig zu beantworten, sind die Kenntnis der Vorgeschichte der Patientin, der Krankheitsverlauf, die Prognose und die individuelle Lebenssituation sowie die Vorstellungen der Patientin wichtige Voraussetzungen.

Prof. Dr. med. Daniel Fink

Mitherausgeber

Direktor Klinik für Gynäkologie

Leiter DKG-zertifiziertes Brustzentrum

UniversitätsSpital Zürich