



PTA

DIE PTA IN DER APOTHEKE

REPETITORIUM

Brustkrebs – Teil 1

Ein bösartiger Tumor in der Brust ist immer seltener ein Todesurteil. Dieses Repetitorium klärt über Risiken, Differenzierung, leitliniengerechte Therapiemöglichkeiten, aber auch über wichtige komplementär-medizinische Erkenntnisse auf.

Brustkrebs, also ein Mammakarzinom, ist die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen mit einer Neuerkrankungsrate von etwa 70 000 Fällen pro Jahr in Deutschland. Rund die Hälfte der Betroffenen ist zum Zeitpunkt der Diagnose unter 65, etwa jede zehnte erkrankte Frau sogar unter 45 Jahre alt. Auch Männer können Brustkrebs bekommen – allerdings selten. Onkologische Befunde sind immer schrecklich: Zuerst kommt der Verdacht, die Ungewissheit, Angst, Erschöpfung, ja eine gewisse Lähmung. Mit der gesicherten Krebsdiagnose folgt bei den Betroffenen der Schock. Das Leben wird von einer Sekunde auf den anderen auf den Kopf gestellt. Anschließend folgt ärztlicherseits die genaue Krebsdifferenzierung, unmittelbar darauf die (leitliniengerechte) Therapie, parallel dazu bei den Betroffenen die Verarbeitung (samt unlösbarer Fragen: „Warum gerade ich?“), wobei jeder Mensch seine eigene Verarbeitungsstrategie entwickelt. Der eine beschäftigt sich intensiv mit seiner onkologischen Erkrankung, wird zum Laien-Experten, andere ergreifen jeden Strohalm auch der Alternativmedizin, manchmal sogar der „Scharlatanerie“. Die einen kommunizieren anderen Menschen, Nachbarn und Freunden gegenüber offen ihre Erkrankung, andere ziehen sich lieber in ihr „Schneckenhaus“ zurück. Wiederum andere wollen am liebsten gar nichts über ihre Erkrankung wissen, wie ein Vogel Strauß, der den Kopf in den Sand steckt und lassen eher passiv Therapie/Therapien über sich ergehen. Immer wieder im Laufe ihrer Therapie wird Onkologie-Patienten heutzutage der

Gang, der Besuch eines Psychoonkologen angeboten; nicht jeder nimmt dieses Angebot jedoch an. Dieser eher psychologischen Komponenten sollte sich jeder Apothekenmitarbeiter, der mit Krebspatienten in Berührung kommt, bewusst sein. Eine gewisse Sensibilität im Gespräch hilft allgemein. Nichtsdestotrotz spielen in diesem Repetitorium natürlich eher die klinisch relevante Differenzierung des Mammakarzinoms (Charakteristik des Karzinoms, das Staging, das für die Therapie sehr relevant ist), anschließend die leitliniengerechten Therapiemöglichkeiten, die angewandten, derzeit auf dem Markt befindlichen Medikamente eine Rolle. Dieser erste Repetitoriumsteil beschäftigt sich zunächst mit dem Erkrankungsbild Brustkrebs und den verschiedenen Formen.

Risikofaktoren und Symptome Die meisten Erkrankungen treten sporadisch, also zufällig auf, es existieren jedoch erbliche oder erworbene Risikofaktoren, welche die „Erkrankungschance“ erhöhen. Mutationen am „Breast Cancer Gen 1 oder 2“ (BRCA1 und BRCA2) erhöhen das Risiko um mindestens das Zehnfache. Jedoch ist nur bei weniger als zehn Prozent der Brustkrebsfälle eine Mutation an diesen Genen nachzuweisen. Sehr dichtes Brustgewebe bei Frauen erhöht ebenfalls das Risiko, genauso wie Bestrahlung des Brustkorbs. Weiter risikoerhöhend haben sich frühes Eintreten der ersten Regelblutung und späte Menopause erwiesen. Ebenfalls risikoerhöhend wirken Kinderlosigkeit

beziehungsweise Geburten nach dem 30. Lebensjahr. Auch eine Hormontherapie nach den Wechseljahren (Postmenopause) sowie Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung, Übergewicht und mangelnde körperliche Aktivität erhöhen die Wahrscheinlichkeit, einen Tumor zu entwickeln.

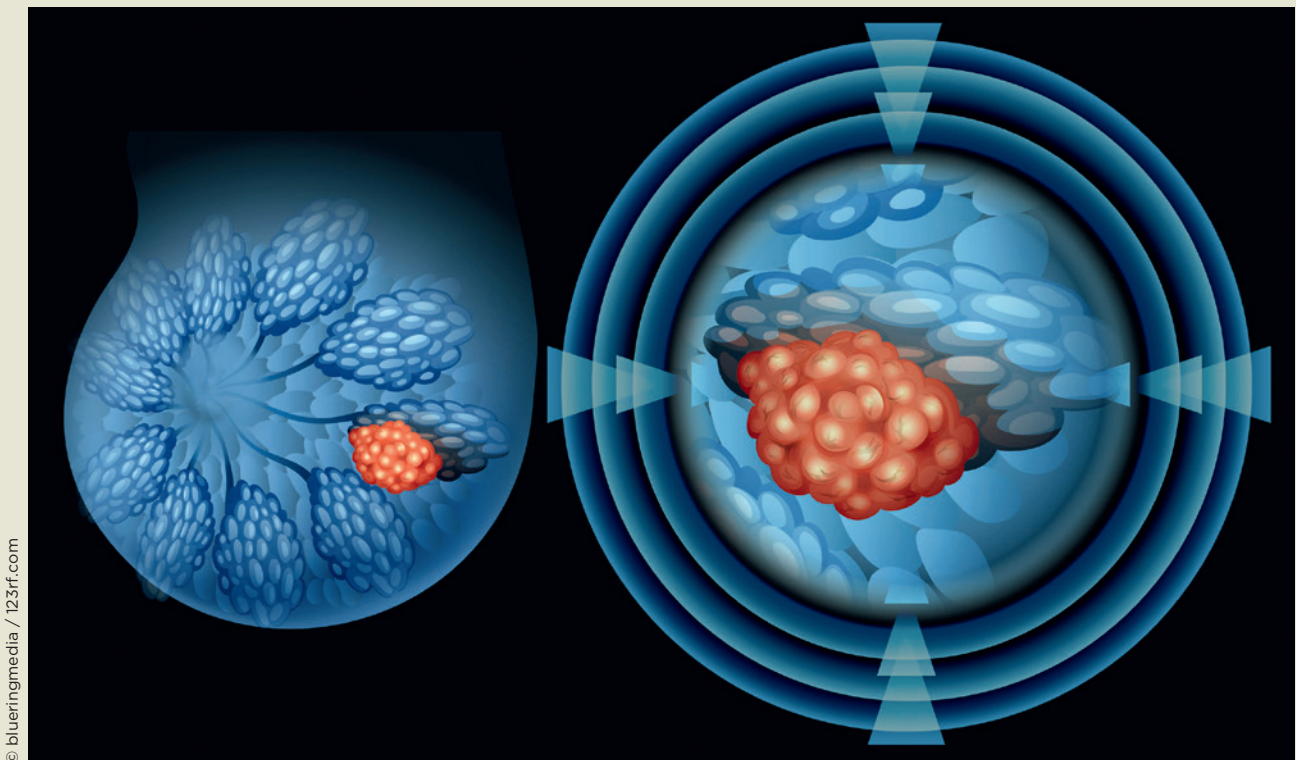
Zu Beginn der Erkrankung treten meist keine Beschwerden auf, die Krankheit kann allerdings durch Veränderungen in der Brust erkannt werden. Symptome wie neu auftretende Knoten, Verdichtungen und Verhärtungen in der Brust und/oder Achselhöhle, neue Form- und Größenunterschiede der Brüste, Einziehung einer Brustwarze oder auch der Brusthaut, wasserklare oder blutige Absonderungen aus einer Brustwarze, aber auch einseitige brennende Schmerzen oder Ziehen in der Brust können auf eine Tumorerkrankung zurückgehen. Oft stehen jedoch nur gutartige Zysten dahinter. Eine Abklärung durch den Gynäkologen sollte aber immer schnell erfolgen.

Diagnosestellung Je früher Brustkrebs erkannt wird, desto besser sind im Allgemeinen die Behandlungsaussichten. Nach wie vor ist Brustkrebs überwiegend ein Zufallsbefund. Die meisten entdecken Veränderungen in der Brust selbst – zufällig oder bei bewusstem Abtasten (Selbstuntersuchung). Eine Anleitung zur Selbstuntersuchung sowie zusätzlich eine Früherkennungs-Untersuchung ist ab dem 30. Lebensjahr einmal jährlich Bestandteil der Brustkrebs-Früherkennungs-Diagnostik durch den Frauenarzt. Bei einem entsprechenden Tast-Verdacht wird der Gynäkologe

meist eine Ultraschalluntersuchung (Mamma-Sonografie) durchführen und zeitnah einen Mammografie-Termin beim Radiologen vereinbaren. Denn jedes bildgebende Verfahren hat seine Vor- und Nachteile: Mikrokalk (verkalkter „Zellmüll“, der häufig beim Untergang von Krebszellen entsteht) und sehr kleine Tumoren sind beispielsweise schon bei der röntgenologischen Untersuchung erkennbar, nicht jedoch im Ultraschall. Auch zur Früherkennung bei Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren wird seit 2005 in Deutschland deshalb die Mammografie, also die Röntgenuntersuchung der Brust, genutzt (Einladung zum kostenlosen Mammografie-Screening für „brustgesunde Frauen“ alle zwei Jahre).

Als weiteres bildgebendes Verfahren kann in manchen Fällen noch eine Magnetresonanztomografie (MRT) der Brust notwendig werden. Einen Verdacht auf Mammakarzinom sichern kann letztlich aber nur die feingewebliche Analyse einer Gewebeprobe (Biopsie, meist eine minimalinvasive Stanz-Biopsie) durch die Pathologie.

Die Brustkrebs-Gesichter Entscheidend für die Prognose ist neben der Tumorgröße und einem möglichen Lymphknotenbefall in der Achselhöhle, einer schon weitergehenden Metastasierung in andere innere Organe, der biologische Charakter des Krebses. Jeder Tumor ist anders. Durch die Möglichkeiten Tumorgewebe mit Hilfe von Gen-Expressionsprofilen zu analysieren, kann heutzutage tiefer in den „Geheimcode“ von Brustkrebs eingestiegen werden – nämlich auf der Ebene der Gene. Dadurch hat sich auch das Ver-



© blueringmedia / 123rf.com

ständnis der Brustkrebs-Entstehung grundlegend gewandelt. Die molekulargenetischen Erkenntnisse erlaubten eine Brustkrebs-Typ-Einteilung (Tumorprofile), die mittlerweile gleichzeitig die Grundlage für Risikobewertung, Wachstumsverhalten und letztlich die Behandlungsmöglichkeiten widerspiegelt. In der Regel wird deshalb bei bösartigem Befund schon das Gewebe aus der Biopsie vom Pathologen auf das Vorhandensein sowie Ausprägungsintensität von Rezeptoren, also Bindungsstellen für Hormone (Estrogen- und Progesteron) sowie auf den HER2-Rezeptor (das HER2-Gen bildet den „human epidermal growth factor receptor 2“; Wachstumsfaktor-Antennen von HER2 auf der Zelloberfläche) untersucht. Brusttumoren, die HER2-positiv sind (Score 2+ und vor allem 3+) haben ein hohes Rückfallrisiko und reagieren im allgemeinen schlechter auf Chemotherapie und Anti-Hormontherapie. Die Pathologie überprüft auch, wie stark sich die Krebszellen im Aussehen und Wachstumsverhalten (Geschwindigkeit der Teilung) von normalen Brustdrüsenzellen unterscheiden. Je höher das Grading (G1 bis G3), umso aggressiver wächst der Tumor. Auskunft über die Wachstumsaktivität gibt auch das Ki-67-Antigen, welches der Pathologe durch Anfärben des Gewebes mit darstellen kann.

sucht, wo Brustkrebs am häufigsten Fernmetastasen (Tochtergeschwülste) bildet. Dies sind aus dem Tumorverband herausgelöste Zellen, die via Blutbahn oder Lymphweg in weiter entfernt liegende Gewebe (wie Lunge, Leber, Gehirn, Bauchraum) gelangen, in dieses neue Organ eintreten und sich dort weiter vermehren (prolifrieren). Dann handelt es sich um ein „metastasiertes Mammakarzinom“. Je nach Lokalisation der Metastasen existieren unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten und damit auch Prognosen. So sind beispielsweise Hirnmetastasen mit einer tendenziell schlechteren Heilungschance verbunden als Knochenmetastasen. Sehr häufig versterben Brustkrebs-Patienten nicht an ihrem Primärtumor, sondern an Metastasen. Sobald Fernmetastasen gefunden wurden, wird von palliativmedizinischer Behandlung gesprochen, da es spätestens dann keine Heilungsmöglichkeiten mehr gibt.

Positiv ist jedoch: Die Krebsforschung arbeitet auf Hochtouren. Und im Brustkrebs-Sektor liegt die „relative Fünf-Jahres-Überlebensrate“ (Statistik: besagt wie viele von hundert Betroffenen fünf Jahre nach Diagnosestellung noch leben bezogen auf die im selben Zeitraum überlebende gesunde Allgemeinbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts) mittlerweile bei über 83 Prozent. Dank moderner

»Die meisten entdecken Veränderungen in ihrer Brust selbst – zufällig oder bei bewusstem Abtasten (Selbstuntersuchung).«

Zudem gibt es mittlerweile in Ergänzung zum klassischen Estrogen/Progesteronrezeptoren- sowie HER2neu-Status immer mehr neue Biomarker, die Rückschlüsse auf die Wirksamkeit einer Behandlung (prädiktive Faktoren) und/oder die Gefahr eines Rückfalls (prognostische Faktoren) erlauben. Allerdings sind diese Marker noch nicht Standard im praktischen Alltag.

Problem Metastasierung Ist die Diagnose Brustkrebs feingeweblich gesichert, die genaue Beurteilung des Tumors durch den Pathologen erfolgt, die Lage des Tumors genau erfasst, muss noch das Tumorstadium (Staging = Stadieneinteilung) festgestellt werden. Der Zustand der Lymphknoten, insbesondere in der Achselgegend, ist relevant. Sind diese schon mit Krebszellen befallen? Dann wird von einem lokal fortgeschrittenen Mammakarzinom gesprochen. Die Entnahme und pathologische Untersuchung des/der Wächterlymphknoten (Sentinellymphknotenexzision), also der ersten Lymphknoten, zu dem die Lymphe aus dem Tumorgebiet abfließt, kann hier Aufschluss geben. Auch wird gezielt in den Regionen nach weiteren Tumorherden ge-

Therapien überwinden heute 70 bis 80 Prozent der Brustkrebs-Betroffenen die Krankheit tatsächlich sehr gut. Dennoch entwickelt sich die Erkrankung bei jeder Betroffenen unterschiedlich.

Die leitliniengerechte Therapie mit Schwerpunkt auf dem medikamentösen Behandlungsregime, Kurz-Besprechung wichtiger Arzneimittel zur Mammakarzinom-Behandlung sowie unterstützende Behandlungsmöglichkeiten sind Thema des zweiten und dritten Repetitoriumsteils. ■

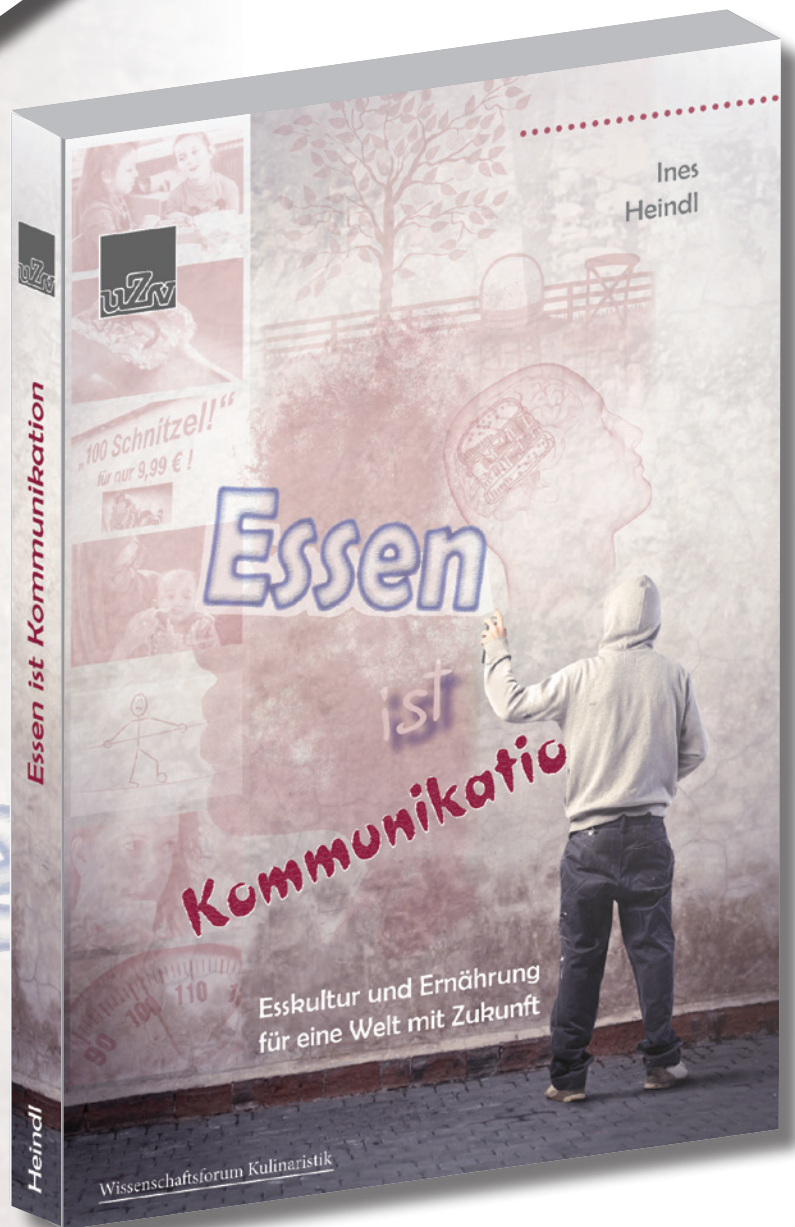
*Dr. Eva-Maria Stoya,
Apothekerin und Fachjournalistin*



**Lesen Sie
online weiter!**
Webcode: H4088

Erscheinungstermin
20. Januar 2016

Was und vor allem wie gegessen
und getrunken wird,
ist ein Ausdruck des Menschen und
dient dem Austausch
innerhalb und außerhalb von Kultur-
und Sprachgrenzen.



Ines Heindl

Essen ist Kommunikation

Esskultur und Ernährung
für eine Welt mit Zukunft

216 Seiten, 17 x 24 cm, Broschur
ISBN 978-3930007-36-3

24,90 € (D) Umschau Zeitschriftenverlag

Durch die Sprache des Essens und der Ernährung handeln wir zwischenmenschliche Beziehungen aus. Zugleich hat (Fehl-) Ernährung erheblichen Anteil an der steigenden Prävalenz chronischer Krankheiten. Auf dem soliden Fundament medizinisch-naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse werden in diesem Buch die kommunikativen Einflüsse des komplexen Geschehens „essen, ernähren, genießen“ untersucht und Vorschläge zum **Transfer der Forschung auf Bildung, Gesundheit (Public Health), Glück und Zufriedenheit** gemacht.

Ihr Link zum Fachbuch-Shop: www.ernaehrungs-umschau.de/fachbuecher

Sie erhalten den Titel auch in Ihrer Fachbuchhandlung!