

Jahrgang 25

Nummer 12/2003

Behandlung des Mammakarzinoms (UP, Masche) 45

Beim Mammakarzinom steht heute die multimodale Therapie im Vordergrund. In der Regel wird an die Operation, die meistens brusterhaltend durchgeführt werden kann, eine medikamentöse Therapie und eine Bestrahlung angeschlossen. Bei den Tumoren mit positiven Hormonrezeptoren hat die endokrine Therapie eine grosse Bedeutung und ist in den meisten Fällen indiziert. Für eine Chemotherapie sind Anthrazykline die Zytostatika der ersten Wahl.

Update

Behandlung des Mammakarzinoms

UP, Masche

Manuskript durchgesehen von N.Bürki, M.Castiglione, P.Forrer, U.Laffer, U.Strebel, B.Thürlimann

Das Mammakarzinom ist bei uns mit einem Anteil von 30% der häufigste bösartige Tumor der Frau. Die Ätiologie ist nicht bekannt, doch existieren etliche Risikofaktoren. Die beiden wichtigsten sind gewisse In-situ-Karzinome sowie Brustkrebs in der nahen Verwandtschaft. Etwa 5% der Mammakarzinome folgen einem Vererbungsmuster, wobei sich meistens Mutationen in Tumorsuppressor-Genen (BRCA-1 und BRCA-2) nachweisen lassen. Weitere Beispiele für Risikofaktoren sind frühe Menarche, späte Menopause, Kinderlosigkeit, Hormonsubstitution in der Menopause und übermässiger Alkoholkonsum.

Es gibt einerseits die In-situ-Karzinome, andererseits die invasiven Tumoren, die nach dem TNM-System in vier Stadien unterteilt werden. Unter den diagnostizierten Brustkrebs-Fällen haben die Frühstadien in den letzten Jahren zugenommen, was als Folge der vermehrt durchgeführten Mammographien interpretiert werden kann.

Der *Hauptprognosefaktor* ist das Tumorstadium; insbesondere spielt es eine Rolle, ob und wieviele regionäre Lymphknoten befallen sind. Andere Eigenschaften des Tumors – Hormonrezeptoren, Differenzierungsgrad, proliferative Aktivität (S-Phasen-Anteil), Ausmass der Gefässinvasion und der Expression von Wachstumsfaktoren (z.B. HER-2) – beeinflussen die Prognose ebenfalls.

In-situ-Karzinome

Das *lobuläre Carcinoma in situ* kann lediglich histologisch nachgewiesen werden und ist typischerweise eine Zufallsdiagnose aus einer Biopsie. Es stellt keine eigentliche Karzinom-

vorstufe dar, sondern nur einen – beide Brüste betreffenden – Risikofaktor. In der Regel führt man eine lokale Exzision durch, gefolgt von regelmässigen Kontrollen. Eine prophylaktische Behandlung mit Tamoxifen (Nolvadex® u.a.) über fünf Jahre kann das Risiko eines invasiven Karzinoms mehr als halbieren.¹

Aus einem *duktalen Carcinoma in situ* kann sich hingegen direkt ein invasives Karzinom entwickeln. Meistens führt ein abnormer Mammographie-Befund, zuweilen auch ein palpabler Knoten zur Diagnose. Die Therapie besteht aus einer lokalen Exzision, häufig verbunden mit einer Radiotherapie, oder aus einer Mastektomie. Ebenfalls kann eine Prophylaxe mit Tamoxifen diskutiert werden.²

Karzinome im Frühstadium

Hierzu gehören die Stadien I, II und IIIA, in denen der Primärtumor auf die Brust beschränkt ist. Das Konzept der Behandlung ist eine Operation, in den meisten Fällen gefolgt von einer medikamentösen Behandlung und Bestrahlung.

Chirurgische Behandlung

Bei der chirurgischen Behandlung stehen eine brusterhaltende Operation oder eine modifiziert radikale Mastektomie zur Wahl. Beide Methoden sind bezüglich Überlebenswahrscheinlichkeit als gleichwertig zu betrachten, abgesehen von wenigen Ausnahmen, in denen man zur Mastektomie raten wird.³ In der Regel werden auch die axillären Lymphknoten reseziert. Neben dem Staging dient dies der *lokalen* Tumorkontrolle, indem einem späteren Lymphknotenbefall vorgebeugt oder bereits befallene Lymphknoten entfernt werden.⁴ Nach einer Axillausräumung warten allerdings Probleme wie Wundinfekte, Schmerzen, Lymphödem oder Bewegungseinschränkung in Schulter und Arm. Deshalb wurde als schonendere Methode das Konzept des «Sentinel»-Lymphknotens bzw. «Wächter-Lymphknotens» entwickelt: es wird ein Farbstoff oder Radioisotop in das tumorumliegende Brustgewebe gespritzt; die ersten Lymphknoten, die der Marker erreicht, werden dann histologisch untersucht; nur wenn diese Lymphknoten befallen sind, wird eine Axillausräumung angeschlossen. Wenngleich die Bestätigung durch Langzeit-Daten noch fehlt, sind die ersten Resultate vielversprechend.⁵