

Protokoll der Krebsprechstunde vom 12.10.2009 mit dem Thema

## **Brustkrebs**

veranstaltet durch:

**dkg-web.gmbh**  
Straße des 17. Juni 106 – 108  
10623 Berlin  
[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

**Experte in dieser Sprechstunde**



**Prof. Dr. Andreas Schneeweiss**  
Universitätsfrauenklinik Heidelberg

## Inhalt

Seite

- Themenkomplex Früherkennung (Screening)	4
- Themenkomplex Diagnose / Histologie / Klassifikation	4
- Themenkomplex Operation	6
- Themenkomplex adjuvante Therapie (Chemotherapie, Anti-HER2-Therapie)	7
- Themenkomplex Bisphosphonate	10
- Themenkomplex adjuvante antihormonelle (endokrine) Therapie	11
- Themenkomplex komplementäre Therapie	14
- Themenkomplex fortgeschrittener Brustkrebs/palliative Therapie	15
- Themenkomplex Kinderwunsch nach Krebs	20

## Themenkomplex Früherkennung (Screening)

### Frage:

Nach Brustkrebs (duktal und lobulär multizentrisch) und Ablatio der rechten Brust, fand man nun in der linken Brust veränderte Zellen. Es handelt sich um eine atypisch intraduktale Hyperplasie. Ist dies nun eine Vorstufe und was kann man prophylaktisch dagegen tun?

### Antwort:

Die atypische duktale Hyperplasie, ADH, ist keine Vorstufe für Brustkrebs, aber ein eigenständiger Risikofaktor. Wenn so eine ADH als Zufallsdiagnose einer Stanzbiopsie aus der Brust entdeckt wird, muss man eine so genannte offene Probenbiopsie anschließen um auszuschließen, dass höhergradige Veränderungen vorliegen. Liegen dann keine höhergradigen Veränderungen vor, bedeutet das ADH nur, dass das Risiko, im weiteren Verlauf des Lebens an Brustkrebs zu erkranken, gegenüber der Normalbevölkerung erhöht ist. Das heißt man muss sehr genau vorsorgen, aber ADH ist keine Präkanzerose.

### Frage:

Nachdem die Mammographie bei mir aufgrund dichten Gewebes keine Ergebnisse erbracht hatte, wurde beim Ultraschall Mikrokalk festgestellt (BI-RADS 2). Die Ärztin sagt, ich soll ich in zwei Jahren wiederkommen zur Kontrolle. Aber ich mache mir Sorgen: Ist das nicht zu lange, kann sich daraus nicht schnell Brustkrebs entwickeln?

### Antwort:

Das ist eine schwierige Frage:. Es hängt davon ab, ob der Mikrokalk als verdächtig oder nicht verdächtig eingestuft wird. Hier in diesem Fall hat die Kollegin den Mikrokalk als nicht verdächtig eingestuft, als benigne. Insofern ist eine Kontrolle in ein bis zwei Jahren ausreichend. Sind Sie aber weiterhin verunsichert, würde ich Ihnen raten, einen weiteren Spezialisten aufzusuchen, um das Ergebnis zu bestätigen.

## Themenkomplex Diagnose / Histologie / Klassifikation

### Frage:

Sehr geehrter Herr Prof. Schneeweiss, warum wird nach einer neoadjuvanten Chemotherapie das entnommene Gewebe in der einen Uniklinik standardmäßig nur histopathologisch und in der andern auch zusätzlich histochemisch untersucht? Im konkreten Fall ergab sich nach histopathologischer Untersuchung eine pathologische Komplettremission (pCR), doch die zusätzliche histochemische Untersuchung ergab einen Residualtumor von 38 mm.

### Antwort:

Eine histologische Untersuchung ist einfach eine Untersuchung, bei der sich der Pathologe den Gewebeschnitt nach einer Hämatoxylin-Eosin-Färbung anschaut. Eine immunhistologische Untersuchung, ist eine Untersuchung bei der der Pathologe zunächst verschiedene Oberflächenstrukturen färbt und sich dann das Präparat anschaut, das heißt es ist noch etwas genauer. Und da man nach einer

neoadjuvanten Chemotherapie, wenn ein Teil der Tumorzellen verdämmt ist oder gar nicht mehr da ist, Schwierigkeiten hat zu erkennen, ob denn jetzt noch lebender Tumor da ist oder nicht, ist es da häufig günstig, zusätzlich zu der normalen Histologie noch diese immunhistologische Untersuchung anzuschließen – sie ist einfach genauer.

**Frage:**

Ich bin 2001 an Brustkrebs operiert worden, habe eine adjuvante Chemotherapie erhalten und bin seitdem gesund. In Internetforen habe ich jetzt schon mehrfach gelesen, dass man in der Nachsorge auch die Tumormarker bestimmt. Meine Onkologin sagt, das gehöre aber nicht zum Standard. Welche Aussagekraft haben Tumormarker und werden sie von der Kasse bezahlt?

**Antwort:**

Also Tumormarker haben bei der Behandlung der Frau mit Erstbehandlung keinen Platz. Auch in der Nachsorge nach Ersterkrankung sollten sie nicht bestimmt werden, da sie nur verwirren und nicht helfen. Etwas anderes ist, wenn eine gestreute, eine metastasierte Erkrankung vorliegt. Wenn man dann im Krankheitsverlauf sieht, dass die Höhe des Tumormarkers mit der Aktivität der Erkrankung korreliert, dann kann man den Tumormarker als zusätzlichen Hinweis nehmen, ob die Erkrankung unter Kontrolle ist oder nicht. Aber bitte nicht bei der nicht-gestreuten Ersterkrankung!

**Frage Moderator:**

Wie hoch ist der Normalwert ?

**Antwort:**

Das hängt ein bisschen davon ab, in welchem Labor er bestimmt wird, in der Regel zwischen 25 und 35 Units pro Milliliter.

**Frage:**

Bei mir (35) wurden vor einem halben Jahr mit Ultraschall Mastopathieknoten, Zysten und Fettknoten diagnostiziert. Die Brust schmerzt sehr. Der Arzt hat auch geschwollene Lymphknoten entdeckt. Nun meine Frage:: Ist Ultraschall eine sichere Methode, um gutartige Veränderungen von bösartigen unterscheiden zu können? Welche anderen Möglichkeiten gibt es und benötige ich dafür als Kassenpatientin eine Überweisung?

**Antwort:**

Die Basis in der Früherkennung ist immer die Mammographie, die qualitativ hochwertig durchgeführt wurde und von einem Experten beurteilt wurde. Bei jungen Frauen, bei denen die Brust noch sehr dicht ist, zum Beispiel Frauen jünger als 40 Jahre, sollte die Mammographie auf jeden Fall ergänzt werden durch einen Brustultraschall. Das Problem mit dem Brustultraschall ist, dass er schlecht zu standardisieren ist. Die Güte des Brustultraschalls ist je nach Erfahrung des Untersuchers unterschiedlich. Also abschließend: Mammographie und Ultraschall ergänzen sich. Die Basis stellt aber immer noch die hochwertige Mammographie dar.

## Themenkomplex Operation

### Frage:

Mich würde interessieren, warum auch kleinste Tumoren operiert werden. Reicht es nicht aus, sie mit Chemotherapien oder Bestrahlung zu zerstören?

### Antwort:

Eine sehr gut Frage: Es reicht deshalb nicht aus, weil man nicht sicher sagen kann und es keine Bildgebung gibt, die einem dabei hilft zu entscheiden, ob der Tumor durch Chemotherapie oder Bestrahlung tatsächlich zerstört wurde. Das kann uns nur der Pathologe sagen, wenn wir das entsprechende Operationsgebiet, das ehemalige Tumorgebiet, entfernt haben. Deswegen muss immer operiert werden. Zum Beispiel bei Patienten, die eine neoadjuvante, also präoperative Chemotherapie bekommen, bei denen man dann weder bei Mammographie, Ultraschall noch bei irgendwelchen anderen Untersuchungen etwas sieht, selbst bei 50 Prozent dieser Patienten ist noch lebender Tumor zurück geblieben. Und das erkennt man eben nur, wenn man operiert. Das heißt jeder Brustkrebs muss heute noch operiert werden.

### Frage:

Ich habe seit 3 Jahren Brustkrebs und bereits nach 8 Monaten nach Erstdiagnose ein Rezidiv. Es folgte Ablatio mit Expander/Silikonaufbau, keine weiteren Behandlungen. Nun ganz frisch 2 neue Rezidive in der gleichen Brust an der Thoraxwand. Die Ausdehnung reicht bis zur Pleuraschlagsfalte, der eine Tumor ist 1cm groß und der zweite 0,5. Wie sehen laut Statistik meine Überlebenschancen aus? Ist so eine Art von Rezidiv nach Ablatio sehr ungewöhnlich an der Thoraxwand?

### Antwort:

Ungewöhnlich ist relativ. Je nach Risikofaktoren tritt ein Thoraxwand-Rezidiv mehr oder weniger häufig auf. Zum Beispiel bei Patienten mit einem sehr großen Brustkrebs mit Befall von vielen Lymphknoten in der Achselhöhle ist das Risiko nicht unerheblich, dass trotz medikamentöser Therapie und lokaler Strahlentherapie ein Thoraxwand-Rezidiv auftritt. Das Schöne ist, wenn es sich um ein alleiniges Thoraxwand-Rezidiv handelt und keine Fern-Metastasen parallel aufgetreten sind, ist es im Prinzip eine noch heilbare Behandlung. Die Heilungschancen liegen da bei ca. 50 Prozent, wenn man es richtig macht – das heißt das Thoraxwand-Rezidiv komplett operativ entfernen kann und zusätzlich, wobei man sich da noch nicht ganz sicher ist, auf jeden Fall eine medikamentöse Therapie anschließt.

## Themenkomplex adjuvante Therapie (Chemotherapie, Anti-HER2-Therapie)

### Frage:

Ich bin 53 Jahre alt und an Brustkrebs erkrankt- invasiv duktales Mammakarzinom, nach Nachresektion pT2(m), pNT1a (2/12), pMX, pR1, G3 Östrogen<sup>12</sup>, Progesteron<sup>6</sup>. Ich befinde mich in Chemotherapie EC-Doc. Wie ist meine Prognose ohne Brustentfernung? Ist eine Heilung beim Durchlaufen der weiteren Therapieschritte – Bestrahlung, Hormonbehandlung – vergleichbar gut?

### Antwort:

Das Problem bei dieser Patientin ist, dass trotz initialer Operation und Nachresektion eine so genannte R1-Situation vorliegt. Das heißt der Pathologe sagt, der Brustkrebs geht bis in den Operationsrand hinein. Das heißt es ist zu erwarten, dass noch mikroskopische Brustkrebsreste in der Brust verblieben sind. Und man weiß, eine Grundvoraussetzung für eine optimale Heilungschance, wahrscheinlich sogar DIE Grundvoraussetzung ist: eine komplette Entfernung des Tumors in der Brust, eine sogenannte R0-Resektion. Das heißt eine Situation, in der der Pathologe definitiv sagen kann: Die Resektionsgrenzen sind tumorfrei. Und deswegen muss ich dieser Patienten auf jeden Fall raten, trotz der Chemotherapie, trotz der Anti-Hormon-Behandlung, trotz der Bestrahlung die vielleicht erforderlich ist noch eine Nachoperation zu machen. Wenn dann dabei auch eine komplette Brustentfernung erforderlich wäre, müsste man ihr dennoch dazu raten.

### Frage:

Innerhalb der letzten 6 Wochen wurde ich 3 Mal operiert, dabei wurden mir beide Brüste und Lymphknoten entfernt. Laut behandelndem Arzt kann die Therapie (Chemotherapie) erst nach der zytologischen Untersuchung festgelegt werden. Gibt es bei Brustkrebs eine einheitliche Chemotherapie? Gibt es ergänzende Therapien? Ist bei Brustkrebs Strahlentherapie notwendig? Vielen Dank

### Antwort:

Diese Frage:n sind allgemein nur schwer zu beantworten. Das hängt von der individuellen Situation ab. Ob eine Chemotherapie und welche Chemotherapie erforderlich ist, ob eine Anti-Hormon-Therapie und welche Anti-Hormon-Therapie erforderlich ist und ob eine Bestrahlung und welcher Umfang der Bestrahlung erforderlich ist, das kann man erst entscheiden, wenn man alle Prognose-Faktoren vorliegen hat. Das heißt man muss das Alter der Patientin kennen, den Allgemeinzustand, die Begleiterkrankungen, die Größe des Brustkrebses kennen, die feingewebliche Größe, die Anzahl der befallenen Lymphknoten, das Grading, das heißt den Differenzierungsgrad der Brustkrebserkrankung, die quantitative Hormonrezeptor-Expression und den sogenannten Her2-Status. Zusätzlich eventuell noch Zusatzfaktoren wie Lymphangiosis carcinomatosa, Proliferationsmarker, Upa-PAI1 etc. Wenn man dann diese Faktoren vorliegen hat, in der Regel zehn Tage bis zwei Wochen nach Abschluss der operativen Behandlung, dann kann man erst genau sagen, ob und wenn ja welche Chemotherapie erforderlich ist, ob und welche endokrine Therapie erforderlich ist, ob eine Bestrahlung und welche Bestrahlung erforderlich ist. Es gibt keine einheitliche Chemotherapie, viele Chemotherapien sind sehr ähnlich, es gibt Standards, aber sie sind durchaus heute schon unterschiedlich,

je nach Risiko. Es gibt ergänzende Therapien zur Chemotherapie wie zum Beispiel Anti-Hormon-Therapie, Anti-Körper-Therapie und wie gesagt die Strahlentherapie ist in bestimmten Situationen erforderlich in anderen wieder nicht.

**Frage:**

Im Internet habe ich eine Studie gefunden die besagt, die eine Viertelmillion Fälle ausgewertet und ergeben hat, dass Chemotherapien nach 5 Jahren nur bei 2% der Patienten einen Überlebensvorteil bringen. Warum muss ich mich dann diesem Horror unterziehen? Und warum werden die Patienten für dumm verkauft? Offenbar geht es hier gar nicht um die bestmögliche Therapie, sondern um den Profit von Ärzten, Krankenhäusern und Pharmaindustrie!

**Antwort:**

Eine sehr wichtige Frage:n, auf die ich sehr gerne antworte. Das Problem ist, dass die Wirksamkeit der Chemotherapie davon abhängt, wie hoch das individuelle Rückfallrisiko ist. Ist das Rückfallrisiko sehr hoch, ist die Wirkung der Chemotherapie sehr groß, zum Beispiel wenn eine Frau ein Rückfallrisiko von ca. 50 Prozent hat, dann kann eine moderne Chemotherapie in dieser Situation die Heilungsrate um ca. 25 Prozent verbessern. Hat aber eine Patientin aufgrund von ihrer Erkrankungssituation nur ein Rückfallrisiko von 4 Prozent, dann kann die Chemotherapie die Heilungsrate nur um diese 2 Prozent verbessern. Und deswegen muss man ganz individuell untersuchen, wie hoch das Rückfallrisiko ist und danach bestimmen, wie hoch der Vorteil der Chemotherapie ist und dann diesen Vorteil dieser Chemotherapie gegenüber seinen potentiellen Risiken abwägen. Also es stimmt nicht, es gibt Patienten, die einen sehr viel höheren Vorteil von einer Chemotherapie haben, es gibt aber auch Patienten, die einen geringeren Vorteil haben.

**Frage:**

Bei meiner Mutter wurde im Januar Brustkrebs diagnostiziert. Sie ist HER2-positiv (+++) Die behandelnde Ärztin sagte, dass sie nach der Chemo und Operation die Behandlung mit Herceptin (Trastuzumab) fortsetzen will. Ich dachte, Herceptin wirkt am besten, wenn man es mit der Chemo kombiniert? Kann man es auch einzeln geben?

**Antwort:**

Auch das eine sehr gute Frage:. Es gibt beide Möglichkeiten. Es gibt zwei Arten von Studien: Die einen haben Herceptin getestet nach Abschluss der Chemotherapie, diese Studien haben gezeigt, dass Herceptin die Heilungschance verbessert bei HER2-positiven Patientinnen. Und die anderen Studien haben getestet: Herceptin in Kombination mit dem sogenannten taxanhaltigen Teil der Chemotherapie, auch die haben gezeigt, dass die zusätzliche Gabe von Herceptin die Heilungschance verbessert. Welches Vorgehen das Bessere ist, wissen wir noch nicht genau, wir tendieren dazu – wir glauben – die Ergebnisse sprechen eher dafür, dass die Kombination von Herceptin schon mit der taxanhaltigen Chemotherapie günstiger ist. Aber wie gesagt, genau wissen wir das noch nicht, das testet eine Studie und die Ergebnisse aus diesen Studien werden vielleicht in zwei Jahren vorliegen.

**Frage Moderator:**

Könnte es dann nicht sein, dass wenn man die beiden Wirkstoffe gleichzeitig verabreicht, dass sich dann auch die Nebenwirkungen summieren?

**Antwort:**

Es gibt eine Nebenwirkung, auf die muss man aufpassen, das ist die Herzschwäche. Wenn man Herceptin in Kombination mit dem taxanhaltigen Teil der Chemotherapie gibt, kurz nach dem letzten Anthrazyklin war die Rate an symptomatischen Herzschwächen höher, als wenn man zuerst die Chemotherapie beendet und dann Herceptin danach beginnt. Allerdings war auch im ersten Fall die Herzinsuffizienz-Rate insgesamt gering, wenn man die Patientinnen vorher genau untersucht hat und nur die Patienten so behandelt hat, die ein gesundes Herz hatten und die auch nach Abschluss der ersten anthrazyklinhaltigen Chemotherapie keine Herzschwäche-Zeichen aufwiesen.

**Frage:**

Im Augenblick wird Herceptin für ein Jahr verabreicht, kann man das denn nicht auch länger geben?

**Antwort:**

Das wissen wir noch nicht, vielleicht. Diese Studie läuft gerade noch. Das ist die Hera-Studie und dort wird untersucht: kein Herceptin vs. ein Jahr Herceptin vs. zwei Jahre Herceptin. Dass ein Jahr Herceptin besser ist als kein Herceptin, das wissen wir inzwischen, aber dieser Vergleich ein Jahr vs. zwei Jahre Herceptin, dieser Vergleich ist noch nicht ausgewertet. Wir hoffen darauf, dass wir diese Ergebnisse vielleicht 2011, vielleicht auch erst 2012 haben. Bis dahin ist Herceptin für ein Jahr der Standard.

**Frage:**

Bei mir wurde im August Brustkrebs festgestellt und operiert. Ich bin HER2+. Mein Arzt hat mich gefragt, ob ich an einer aktuellen Studie teilnehmen möchte, in der Bevacizumab zusätzlich zur eigentlichen Standardtherapie (Chemo+Trastuzumab) gegeben wird. Ich bin unsicher. Welche Vorteile könnte die Teilnahme haben? Muss ich mit stärkeren Nebenwirkungen rechnen?

**Antwort:**

Bevacizumab ist der zweite Antikörper, der in der Behandlung des Mammakarzinoms eine Rolle spielt, im Moment nur zugelassen für Frauen mit metastasiertem Brustkrebs. Und dieses Bevacizumab hat bei Frauen mit metastasiertem Brustkrebs die Ansprechrate verbessert und die Zeit bis zum Voranschreiten der Erkrankung verlängert. Es hat nicht das Überleben verbessert von Frauen mit metastasiertem Brustkrebs, aber aufgrund seines Wirkmechanismus glauben wir, dass wenn wir Avastin/Bevacizumab schon bei Ersterkrankung einsetzen und dadurch die Gefäßeinsprossung in kleine Tumorzellen, Nester die im Körper liegen, verhindern, dass wir dadurch die Heilungsrate vielleicht verbessern können. Aber diese Studien, die das testen, laufen gerade. Wir haben noch keine Ergebnisse. Wir hoffen, dass wir die ersten Ergebnisse dieser Fragestellung in ungefähr 2 Jahren haben. Bis dahin wird das getestet, und es ist sehr sehr sinnvoll, wenn Ihnen so eine Studie

angeboten wird, an dieser teilzunehmen, sofern sie nach eingehender Aufklärung die Studienteilnahme möchten.

## Themenkomplex Bisphosphonate

### Frage:

Mir wurden zur Osteoporoseprophylaxe sowie zur Prophylaxe ossärer Metastasen Bisphosphonate empfohlen.

1. Gilt der Schutz vor ossären Metastasen nur für Zoledronsäure?
2. Wenn ich von Actonel auf die Infusion wechsele (wg. Beschwerden in der Speiseröhre), wie lange ist der Mindestabstand zwischen letzter Einnahme und Infusion?
3. Konnte in der ABCSG-12-Studie die Tumorprogression durch Zometa wirklich um 36% gesenkt werden?
4. Ist eine Vit D Bestimmung sinnvoll?
5. Kann ich meine Ca-Versorgung ohne Milchprodukte und ohne Ca-Präparate allein durch viel Ca-reiches Mineralwasser decken?

### Antwort:

Ein ganz heißes Thema. Bisphosphonate sind Substanzen, die den Knochen schützen. Sie schützen den Knochen vor einer Entkalkung. Diese Entkalkung wird ausgelöst zum Beispiel im metastasierten Stadium dadurch, dass Tumorzellen Substanzen produzieren, die knochenandauernden Zellen stimulieren. Dadurch wird der Knochen angedaut und entkalkt. Jetzt hat man festgestellt, dass die Bisphosphonate auch eventuell einen zweiten Effekt haben. Dadurch, dass sie das Milieu im Knochen verändern, könnte es sein, dass sie den Tumorzellen die Möglichkeit nehmen, im Knochenmark zu überwintern und später zu metastasieren. Das heißt man vermutet, dass Bisphosphonate die Heilungsrate, die Heilungschance verbessern können bei Frauen mit Ersterkrankung, die noch keine Metastasen haben. Und tatsächlich: Es gibt alte Daten mit dem Clodronat, die darauf hindeuten und es gibt jetzt neue Daten mit dem moderneren Bisphosphonat, dem Zoledronat, Handelsname Zometa, die genau das vermuten lassen. Es gibt zwei große Studien, die dazu bisher veröffentlicht wurden. Zum einen bei jungen Frauen, so genannten prämenopausalen Frauen, die eine reine Antihormonelle Therapie bekommen haben, bei denen konnte gezeigt werden, dass durch die zusätzliche Gabe von Zoledronat (4 Milligramm alle 6 Monate für die Dauer der antihormonellen Therapie) nicht nur die Knochen-Entkalkung komplett verhindert werden konnte, sondern auch das Rückfallrisiko relativ gesehen um ca. 30-40 Prozent gesenkt werden konnte. Und die zweite Studie wurde durchgeführt bei postmenopausalen Frauen, die upfront, also direkt nach Abschluss der Chemotherapie oder auch ohne Chemotherapie, einen Aromatasehemmer bekommen haben. Auch da konnte gezeigt werden, wenn diese Frauen sofort Zometa zusätzlich bekommen, dass nicht nur die Knochen-Entkalkung verhindert werden kann, sondern auch das Rückfallrisiko gesenkt werden kann. Und deswegen empfiehlt die AGO-Kommission Mamma bei allen Frauen mit primärem Brustkrebs sollte man eine zusätzliche Gabe von Zoledronat diskutieren. Es ist noch kein Standard, Zoledronsäure ist für diese Indikation nicht zugelassen, aber man muss es im individuellen Fall mit der Patientin diskutieren und gegebenenfalls auch indizieren.

Die besten Daten sind zum einen die alten Daten mit Clodronat, das Problem bei Clodronat ist, dass es Tabletten sind. Die muss man über zwei Jahre, jeden Morgen, drei Tabletten, schlucken und dann eine halbe Stunde aufbleiben und nüchtern bleiben. Das kann gastrointestinale Nebenwirkungen machen, ist also etwas patientenunfreundlich. Neue Daten gibt es bisher nur mit Zoledronat/Zometa und nicht mit den anderen modernen Bisphosphonaten, das ist sehr elegant alle halbe Jahre eine Infusion, die in der Regel sehr gut vertragen wird. Manchmal kommt es bei den ersten Infusionen innerhalb der ersten 24-48 Stunden zu grippeähnlichen Beschwerden, Arthralgien, die aber bei späteren Infusionen immer stärker abnehmen und dann in der Regel kein Problem mehr darstellen. Die gefürchteten Nebenwirkungen der Zoledronsäure, die Kieferosteonekrose, und Niereninsuffizienzen traten mit dieser niedrigen Dosis (alle sechs Monate, 4 Milligramm als Infusion) nicht auf.

Zur Vitamin D-Bestimmung: Die scheint sinnvoll zu sein. Es gibt Hinweise darauf, dass ein niedriger Vitamin D-Spiegel das Rückfallrisiko erhöht. Darum empfehlen wir, einmal das Vitamin D zu bestimmen, in Europa haben wir meist genug Vitamin D. Der Zielwert sind 30-60 Nanogramm pro Milliliter. Wenn Vitamin D in diesem Bereich liegt – kein Vitamin D substituieren, das bringt dann gar nichts mehr. Wenn es erniedrigt ist, also unter 30 Nanogramm pro Milliliter, dann Vitamin D einnehmen. Eine zusätzliche Kalzium-Versorgung ist in der Regel in Europa nicht erforderlich.

## **Themenkomplex adjuvante antihormonelle (endokrine) Therapie**

### **Frage:**

In 12/2007 wurde bei mir ein Mammakarzinom links diagnostiziert und brusterhaltend operiert, anschließend 6x FEC Chemotherapie und Bestrahlung.

pT1c pN0 (0/2 sn) LO, G3, ER 9, PR 9, Her2 0+, R0, Minimaler ASR: 7 mm nach ventro kaudal

Nach Abschluss der Strahlentherapie wurde mir von den Ärzten die Therapie mit Tamoxifen für 5 Jahre und das Spritzen von Zoladex für 2-5 Jahre angeraten. Seit Mitte 2008 bekomme ich nun beide Medikamente. Mittlerweile haben mir aber drei Ärzte gesagt, es sei durchaus vertretbar, das Zoladex wegzulassen, da die Wirkung in Zusammenhang mit dem Tamoxifen nicht durch Studien belegt sei. Das käme auf mein Sicherheitsbedürfnis an. Zudem sei der Schaden durch das Zoladex in meinem Alter sei wesentlich größer als der Nutzen. Jetzt bin ich allerdings doch verunsichert. Was können Sie mir dazu sagen?

### **Antwort:**

Das ist eine schwierige Frage:, also GnRH-Analoga, also Medikamente, die die Eierstockfunktion blockieren, sind in der Regel indiziert bei jungen Frauen, prämenopausale Frauen, bei denen die Eierstöcke noch funktionieren, wenn diese keine Chemotherapie bekommen. Und sie können indiziert sein bei jungen Frauen, die eine Chemotherapie bekommen, aber bei denen nach Abschluss der Chemotherapie die Eierstockfunktion nicht unterdrückt ist. Die Basis der antihormonellen Therapie bei jungen Frauen ist immer Tamoxifen über fünf Jahre. Und es gibt keinen Beweis, dass, egal in welcher Situation, die zusätzliche Gabe des GnRH-Analogons tatsächlich das rückfallfreie Überleben verbessert. Aber es gibt eindeutige Hinweise – Trends. Und das sind eben solche Frauen, die keine

Chemotherapie bekommen haben und bei solchen Frauen, die eine Chemotherapie bekommen haben und sehr sehr jung sind, die also nach einer Chemotherapie noch eine Rest-Eierstockfunktion haben, und in solchen Fällen kann man die zusätzliche Gabe von Zoladex diskutieren und in der Regel geben wir Zoladex dann auch zusätzlich.

**Frage:**

Eine damals 37-jährige Frau wurde im Juni 2004 wegen mehrerer maligner, östrogenpositiver Tumore in der re Brust und zwei pos. axillären Lymphknoten operiert, brusterhaltend mit axillärer Lymphknotenentfernung. Weil histologisch nicht im Gesunden entfernt, nachoperiert, erneut brusterhaltend, mit 6 Zyklen Docetaxel , Doxorubicin u.a. chemotherapiert sowie nachbestrahlt, hat nach jetzt 5 Jahren noch erhebliche Folgeschäden: Armlymphödem, fehlendes Kopfhaar neurolog. Störungen, nimmt noch Tamoxifen und Zoladex, leidet unter Leistungsschwäche und depressiven Stimmungsschwankungen. Jetzt sollen Tamoxifen und Zoladex abgesetzt werden. Ist das vertretbar?

**Antwort:**

Nachdem was ich gerade gesagt habe ist es klar, wenn diese Kombination Tamoxifen als Basis und zusätzlich dieses GnRH-Analogon Zoladex nicht vertragen wird, dann kann man auch relativ freizügig auf Zoladex verzichten, weil es wie gesagt bisher keinen Beweis gibt, dass die zusätzliche Gabe von Zoladex wirklich einen Zusatzeffekt hat, es gibt nur Hinweise. Also wenn es nicht vertragen wird: Zoladex absetzen, aber Tamoxifen auf jeden Fall weiter führen.

**Frage:**

Ich bin 52 Jahre alt und Brustkrebspatientin. Seit 3 Jahren erhalte ich eine Therapie mit Goserelin und Tamoxifen. Nun möchte mich der Arzt auf einen Aromatasehemmer umstellen und will dazu die Therapie eine Zeitlang unterbrechen, um meine Hormonwerte bestimmen zu können. Ich habe aber Angst, dass die Unterbrechung dazu führt, dass mein Krebs wiederkehrt. Muss die Therapie unterbrochen werden? Und warum kann nicht einfach die bisherige Therapie fortgeführt werden?

**Antwort:**

Das eine ganz schwierige Situation und die Angst der Patientin ist nicht ganz unberechtigt. Man sollte eine Antihormontherapie, außer wenn sie definitiv nicht vertragen wird, nicht unterbrechen. Auf der anderen Seite hat der Kollege natürlich Recht, er darf nur auf den Aromatasehemmer umstellen, wenn er sicher sein kann, dass die Patienten postmenopausal ist, das heißt, dass die Eierstockfunktion komplett erloschen ist. Das kann er unter der Kombination Zoladex plus Tamoxifen nicht messen. In dem Fall würden wir vorschlagen, dass man das Zoladex absetzt, weil wie ich schon gesagt habe, der Effekt von Zoladex nicht nachgewiesen ist, dass man Tamoxifen weiterlaufen lässt und nach mehreren Monaten schaut, ob die Eierstockfunktion zurück kommt, was auch mit 52 Jahren noch passieren kann. Ist dies nach ca. sechs Monaten nicht der Fall, kann man auf den Aromatasehemmer wechseln, muss aber nach dem Wechsel noch mal für ca. ein Jahr die Hormone sehr engmaschig kontrollieren, denn auch da kann es sein, dass der Aromatasehemmer

noch mal dazu führt, dass die Eierstockfunktion zurück kommt. Und dann muss er sofort abgesetzt werden und Tamoxifen muss wieder gegeben werden.

**Frage:**

Vor einigen Monaten wurde bei mir Brustkrebs festgestellt. Ich wurde brusterhaltend operiert und soll nun einen Aromatasehemmer bekommen. Im Internet habe ich gelesen, dass es durch diese Medikamente zu Knochenbrüchen und Osteoporose und zu Gelenkschmerzen kommt. Warum werde ich nicht mit Tamoxifen behandelt?

**Antwort:**

Wenn man alle Studien zusammenfasst, die Aromatasehemmer gegen Tamoxifen getestet haben, dann ist es ganz klar: Wenn sicher ein menopausaler Zustand vorliegt, also die Eierstockfunktion definitiv erloschen ist, dann sind die Aromatasehemmer insgesamt (wenn man alle Patienten betrachtet) die stärkere Substanzgruppe gegenüber Tamoxifen. Deswegen sollten alle menopausalen Patienten mit einem Hormonrezeptor-positiven Brustkrebs im Rahmen ihrer Anti-Hormon-Therapie einen Aromatasehemmer bekommen. Entweder sofort, also überhaupt kein Tamoxifen (nur Aromatasehemmer in der Upfront-Therapie), oder nach zwei Jahren Tamoxifen dann sequentiell den Aromatasehemmer. Aromatasehemmer haben das Hauptproblem, dass sie zur Knochenentkalkung führen und damit das Osteoporose-Risiko steigern. Wenn man aber Bisphosphonate sofort einsetzt in Kombination mit dem Aromatasehemmer oder spätestens dann, wenn die Knochendichte abrutscht, dann kann man in der Regel das weitere Abrutschen der Knochendichte vermeiden oder sogar komplett verhindern. Und Sie bekommen deswegen nicht Tamoxifen a priori, weil der Behandler ihr aufgrund des Rückfallrisikos gleich die etwas potentere Substanz, den Aromatasehemmer geben wollte.

**Frage:**

Ich (60) nehme täglich Femara nach Ablation und Chemo (3 x FEC und 3 x Taxotere). Meine Diagnose: pT2, pN1a(1/14), Her-2- neg., cMo, L1, VO, RO, G3. Ich habe beträchtliche Gelenk- und Knochenschmerzen sowie trockene und entzündete Schleimhäute. Durch Einnahme von Ibuprofen werden die Schmerzen etwas erträglicher. Kann man mit der Einnahme des pflanzlichen Heilmittels "Equizym MCA" die Schmerzen eventuell reduzieren und den Zustand der Schleimhäute bessern? Oder was kann ich sonst noch tun um meine Lebensqualität zu verbessern?

**Antwort:**

Wir empfehlen zunächst einmal, dass man einfach den Aromatasehemmer wechselt. Diese Patientin hat jetzt Femara, wir würden zum Beispiel von diesem nicht-steroidalen auf einen steroidalen, wie Aromasin, Exemestan oder auf den anderen nicht-steroidalen wie Arimidex oder Anastrozol übergehen. Auch wenn der Wirkmechanismus nahezu der Gleiche ist, gibt es Untersuchungen die zeigen, dass der eine Aromatasehemmer von der einen Patientin und der andere Aromatasehemmer von der anderen Patientin besser vertragen wird. Geht das dann auch nicht - wobei man immer ca. drei Monate zuwarten muss - dann würde man wieder zurückgehen auf Tamoxifen, wenn keine Kontraindikationen bestehen, und wenn das dann auch nicht funktioniert muss man dann individuell entscheiden ob

man die antihormonelle Therapie nicht komplett beendet. Die vorübergehende Einnahme von nicht-steroidalen Antiphlogistika kann man machen, weil man weiß, dass die Nebenwirkungen von Aromatasehemmern in der Regel in den ersten drei bis sechs Monaten am größten sind und dann langsam abnehmen. Aber es ist sicher kein Dauerzustand. Und zur Frage:, ob man pflanzliche Mittel einnehmen kann – manchmal helfen sie, manchmal nicht. Ich sage immer, man kann es versuchen, wenn sicher ist, dass diese pflanzlichen Mittel keinen nachteiligen Effekt haben. Und das ist nicht immer der Fall.

**Frage:**

2004 wurde ich (Jg. 1950) operiert. Diagnose: postmenop., Rezeptor-pos. Mammakarzinom re. (T1c N1 MO G3). Nachresektion 2005, Makrometastase eines mäßig differenzierten (duktalen) Karzinoms im Sentinel. Tumorfrees Nachresektat aus der rechten Mamma. Allseits tumorfreie Lymphknoten. Anschließend an eine Strahlentherapie nahm ich 2 Jahre Nolvadex und dann Arimidex im Rahmen der Studie 9 der ABCSG. Alle Untersuchungen bisher waren in Ordnung. Ist es sinnvoll, Arimidex im Rahmen einer neuen Studie weiter zu nehmen? Ich bin wegen Osteoporose vorbelastet.

**Antwort:**

Insgesamt muss man sagen, die antihormonelle Therapie dauert standardmäßig im Moment fünf Jahre. Es gibt nur eine Situation wo man weiß, dass eine verlängerte, erweiterte Anti-Hormonelle-Therapie sinnvoll ist. Für die Situation, wenn eine Patientin fünf Jahre Tamoxifen eingenommen hat und dann sicher postmenopausal ist, hat man Daten, dass die erweiterte antihormonelle Therapie mit einem Aromatasehemmer tatsächlich das Rückfallrisiko senkt und bei Patienten mit Lymphknotenbefall auch die Heilungschancen verbessert. Aber da das in der Regel heute nicht mehr der Fall ist, weil die meisten Patienten keine fünf Jahre Tamoxifen mehr bekommen, ist die Situation sehr selten. Und ob eine verlängerte Gabe eines Aromatasehemmers günstig ist, wissen wir einfach noch nicht, weil die Studien, die das untersuchen, noch nicht abgeschlossen sind.

## **Themenkomplex komplementäre Therapie**

**Frage:**

Meine beste Freundin hat Brustkrebs, dabei ist sie erst 34 Jahre alt. Nach der Diagnose hat sie jegliche weitere Behandlung in der Klinik abgelehnt und ist nun bei einem Heilpraktiker in Behandlung. Sie ist davon überzeugt, dass ihr die konventionellen Therapien mehr schaden als nutzen. Ich habe Angst, dass ihr wichtige Zeit verloren geht. Wie kann ich sie überzeugen, dass sie doch wieder zum Arzt geht? Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es zu Misteltherapien und anderen alternativen Behandlungsmethoden?

**Antwort:**

Das ist eine ganz schwierige Situation. Die meisten „Totalverweigerer“ haben einfach eine ungerichtete Angst gegen alles Schulmedizinische. Das Wichtigste für diese Patienten ist, dass man sie aufklärt, ihnen Sinn und Zweck der Therapie erklärt und

ihnen die Angst vor dieser Therapie nimmt. Die Standardtherapien sind in der Regel heute sehr sehr gut verträglich und sehr gut machbar. Prinzipiell ist eine alternative, komplementäre Therapie niemals ein Ersatz für eine Standardtherapie, sondern kann nur eine Ergänzung sein. Leider kommen immer wieder solche Frauen dann nach einer gewissen Zeit doch zu uns, häufig in einer weit fortgeschrittenen Situation, in der eine Heilung nicht mehr möglich ist. Was können Sie tun? Sinnvoll ist es, das Gewicht zu normalisieren, sinnvoll ist es regelmäßig Ausdauersport zu treiben – dreimal die Woche Puls 110-120, sinnvoll ist es, nicht zu rauchen, Alkohol in Maßen ist erlaubt und sinnvoll ist es sich gesund zu ernähren – viel Obst, viel Gemüse (aber keine Diäten einhalten). Dies sind Dinge, von denen weiß man, dass sie helfen. Alles andere ist eine Glaubensfrage. Und dann sage ich immer: Sie können immer alles tun, wenn zwei Dinge gewährleistet sind: Erstens darf es nichts oder nicht viel kosten, das heißt es darf ihnen niemand das Geld aus der Tasche ziehen und Zweitens muss sicher sein, dass die Komplementäre-Therapiemaßnahme nicht schadet.

**Frage:**

In der neuen „Bild der Wissenschaft“ steht ein großer Artikel über die Erfolge mit Hypertherapiebehandlung bei Krebs. Warum wird dieses Verfahren nicht oder kaum in Deutschland verwendet und schon gar nicht von den Kassen bezahlt?!?

**Antwort:**

Diese Therapie hat bei der Mammakarzinom-Therapie keinen Platz.

## **Themenkomplex fortgeschrittener Brustkrebs / palliative Therapie**

**Frage:**

Meine Frau (geb. 1956) hatte vor 5 Jahren Brustkrebs. Anfang Juni wurde durch Zufall ein Tumor (12 cm) und drei Metastasen in der Leber entdeckt. Dieser Tumor hat aber noch nicht gestreut, wie CT, Knochenszintigramm und Ultraschall ergaben. Gestern war die letzte Chemotherapie. Insgesamt waren es neun Zyklen Taxol und jede zweite Woche zusätzlich Avastin. Wir hoffen, dass dadurch der Tumor so verkleinert wird, dass er mit Laser zerstört werden kann. Was können wir danach tun um sicherzustellen, dass erst gar kein neuer Krebs – egal wo auch immer – zum dritten Mal unerkannt entstehen kann?

**Antwort:**

Das Wichtigste für diese Patientin und die Angehörigen ist, es Ihnen zu erklären, dass es sich hierbei um eine chronische Erkrankung handelt. Eine gestreute bzw. metastasierte Brustkrebserkrankung ist nicht mehr heilbar. Es gibt ganz wenige Ausnahmen, aber wenn zum Beispiel drei Lebermetastasen vorliegen, wie bei dieser Patientin, ist es eine nicht mehr heilbare Erkrankung. Das bedeutet aber nicht, dass man nichts tun kann. Das Ziel ist ein anderes: es geht nicht um Heilung, es geht nicht darum alle Mittel einzusetzen um den Tumor zu vertreiben, sondern es geht darum, die Tumorerkrankung zu kontrollieren. Die Kunst ist es, die vielen Möglichkeiten, die wir haben, individuell so einzusetzen, dass auf der einen Seite die Krankheit möglichst lange kontrolliert wird und auf der anderen Seite die Patientin durch die Therapie möglichst wenig, oder im Idealfall in ihrem alltäglichen Leben gar nicht beeinträchtigt wird. In diesem Fall würde man die medikamentöse Therapie so lange

fortführen solange die Krankheit mindestens kontrolliert ist, also nicht voran schreitet und die Therapie gut vertragen wird. Erst wenn die Krankheit entweder voran schreitet, die Patientin die Therapie nicht mehr toleriert oder nicht mehr möchte würde man überlegen, wie man die Therapie umstellt. Eine zusätzliche lokale Behandlung durch Laser oder Operation ist nicht sinnvoll. Eine Lokalthherapie bei Frauen mit gestreutem Brustkrebs ist nur dann sinnvoll, wenn ein ganz spezieller Herd starke Probleme bereitet, wie zum Beispiel eine Metastase in den Knochen, die dazu führt, dass der Knochen zu brechen droht. Dann muss man lokal behandeln, in der Regel bestrahlen. Oder wenn ein Metastase in der Leber ungünstig sitzt und den Galleabfluss stört, würde man zum Beispiel lokal rangehen und versuchen diese Metastase zum Beispiel durch Bestrahlung oder eine Laserinduzierte Thermotheapie zerstören. Aber andernfalls nicht.

**Frage:**

Ich werde zurzeit mit Xeloda behandelt. Leider habe ich ein schmerzhaftes Hand-Fuß-Syndrom bekommen. Ich creme die Hände ein und trage Baumwollhandschuhe, aber so richtig hilft das nicht. Was kann ich noch tun, um die Schmerzen zu lindern? Ich würde die Therapie gern fortführen, weil ich gelesen habe, dass das Hand-Fuß-Syndrom ein Zeichen dafür ist, dass Xeloda gut anschlägt.

**Antwort:**

Das Hand-Fuß-Syndrom ist die Haupt-Nebenwirkung von Capecitabin Xeloda. Ungefähr 60 Prozent der Patienten bekommen es und man sollte einfach individuell die Dosis so adaptieren, dass zwar ein bisschen Hand-Fuß-Syndrom auftritt, aber auf gar keinen Fall ein beeinträchtigendes Hand-Fuß-Syndrom. Es gibt verschiedene Grade: Grad 1 ist das was man will – dass die Hände und Füße leicht gerötet sind, aber keine Schmerzen und keine Blasen-Bildung und keine starken Ödeme vorhanden sind. In dem Fall würde ich vorschlagen, dass man Xeloda erstmal absetzt. Dann normalisiert sich das Ganze in der Regel innerhalb von einer Woche und man steigt wieder mit einer um ca. 25 Prozent reduzierten Dosis ein. Und wenn dann dieses Hand-Fuß-Syndrom wieder in einem höhergradigen Maß auftritt, einfach wieder absetzen und nochmal reduzieren um 25 Prozent – so lange bis man die Dosis gefunden hat, die nur geringe Nebenwirkungen macht. Das ist dann individuell die optimale Dosis.

**Frage:**

Ich habe fortgeschrittenen Brustkrebs und soll jetzt Capecitabin-Tabletten bekommen. Man liest immer wieder, dass diese Chemo schonender sei und weniger Haarausfall hervorruft. Aber ist sie dann auch genauso wirksam? Ich möchte mir eine schöne Frisur nicht mit einigen Monaten Lebenszeit erkaufen!

**Antwort:**

Ich kann Sie beruhigen. Wenn Capecitabin eingesetzt wird, dann ist das in der Situation auch die beste Therapie. Es wird nicht deswegen eingesetzt, weil es als Tablette gegeben wird und keinen Haarausfall macht, sondern ist eine sehr wirksame Therapie.

Man kann auf keinen Fall sagen, dass die Medikamente, die viele Nebenwirkungen machen besonders wirksam sind und die keinen Nebenwirkungen machen nicht

wirksam sind, das stimmt so nicht. Capecitabin ist durchaus in bestimmten Situationen die effektivste Therapieoption die wir haben.

**Frage:**

Meine Schwägerin leidet seit über 10 Jahren an Brustkrebs. Sie hat mittlerweile Metastasen in der Leber und im Knochen. Nach mehreren Chemotherapien erhält sie nun Herceptin. Aber nun hat sie Probleme mit dem Herzen. Sie kommt schnell außer Atem. Der Kardiologe sagt, dass das Herceptin abgesetzt werden muss. Kann man die Herzprobleme nicht so behandeln, dass sie mit dem Herceptin weitermachen kann?

**Antwort:**

Herceptin hat auf Dauer eine Hauptnebenwirkung: Es kann selten eine Herzschwäche auslösen. Deswegen muss unter Herceptin regelmäßig ein Herzultraschall durchgeführt werden. Tritt dann eine Herzschwäche ein, dann muss Herceptin abgesetzt werden. Ist die Herzschwäche ausgeprägt und erholt sich das Herz nicht mehr, muss Herceptin auch komplett beendet werden. Erholt sich das Herz nach Absetzen von Herceptin wieder und verschwinden die Herzschwäche-Symptome komplett, kann man eine neue Therapie mit Herceptin nochmals versuchen, wenn es vom Verlauf der Tumorerkrankung her sinnvoll erscheint. Aber in dem Fall, wenn der Kardiologe sagt, dass Herceptin abgesetzt werden und bleiben muss, dann sollte man es auch nicht mehr geben.

**Frage:**

Im Rahmen meiner Brustkrebserkrankung (April 2008) bekomme ich in dreiwöchigem Abstand Herceptin-Infusionen. Im Mai 2009 wurden 2 Hirnmetastasen entdeckt und entfernt, was ich gut überstanden habe. Auf meine Frage:., wie diese Metastasierung während der Behandlung mit Herceptin möglich sein kann, wurde mir erklärt, dass Herceptin im Gehirn keine Wirkung habe, auch die Chemotherapie würde dort nicht wirken (Blut-Liquor-Schranke). Nun habe ich gestern - allerdings aus 2. Hand - gehört, dass bei einer Informationsveranstaltung über Brustkrebs ein Arzt gesagt haben soll, Herceptin wirke auch im Gehirn.

Macht es dann überhaupt noch Sinn, meinen Körper mit diesem Antikörper zu belasten, wenn er nicht wirkt? Oder ist es eher anders zu sehen, nämlich dass es möglicherweise noch mehr Metastasen gegeben hätte, wenn ich diesen Antikörper gar nicht bekommen hätte?

Für eine kompetente Antwort wäre ich dankbar.

**Antwort:**

Herceptin ist ein Anti-Körper, ein große Molekül, das die intakte Blut-Hirn-Schranke nicht durchdringt. Und deswegen bei intakter Blut-Hirn-Schranke im Gehirn nicht wirken kann, weil es dort keine wirksamen Konzentrationen erreicht. Es gibt jetzt einzelne Untersuchungen, dass bei gestörter Blut-Hirn-Schranke, zum Beispiel Hirnmetastasen die bestrahlt wurden, Herceptin auch eine Konzentration im Hirn erreicht, aber das sind nur Kasuistiken. Man muss davon ausgehen, dass Herceptin im zentralen Nervensystem, im Hirn bei weitem nicht die Wirksamkeit hat wie im Körper.

**Frage:**

Trotz mehrerer Chemotherapien ist mein Brustkrebs weiter fortgeschritten, ich habe Metastasen in der Leber und der Wirbelsäule. Derzeit bekomme ich Trastuzumab und gegen die Knochenmetastasen Ibandronat. Es geht mir recht gut. Aber was passiert, wenn das der Krebs weiter fortschreitet? Ich habe gehört, dass es ganz neue Therapien gegen Her2-positiven Brustkrebs gibt.

**Antwort:**

Es gibt bei Patienten, die unter Herceptinhaltiger-Therapie eine Zunahme ihrer Krankheitsaktivität erleiden. Zwei Möglichkeiten hat man hierbei: Man kann entweder das Herceptin bei dem ersten Progress unter Herceptin weiterführen und den Kombinationspartner wechseln, also von der einen auf eine andere Chemotherapie gehen. Oder man kann Herceptin absetzen und eine andere Anti-Her2 gerichtete Therapie beginnen, nämlich mit Lapatinib/Tyverb und dieses Lapatinib/Tyverb dann auch mit einer Chemotherapie, in der Regel Capecitabin/Xeloda, kombinieren. Beide Optionen stehen gleichberechtigt nebeneinander und man kann im individuellen Fall entscheiden welche Option man wählt, je nach Komorbidität, also Begleiterkrankung, oder nach den Nebenwirkungen, die man vermeiden möchte. Die Option mit Lapatinib zum Beispiel würde man immer dann wählen, wenn eine kardiale Risikosituation vorliegt, weil Lapatinib nach allem, was wir wissen, nicht kardial schädigend ist. Und/Oder wenn Hirnmetastasen da sind, die schon vorbestrahlt sind und drohen voran zu schreiten, weiß man, dass Lapatinib auch eine höhere Wirksamkeit hat als Herceptin.

**Frage Moderator:**

Dringt Lapatinib über die Blut-Hirn-Schranke vor?

**Antwort:**

Ja, Lapatinib durchdringt die Blut-Hirn-Schranke, da gibt es schöne Daten. Die erste Therapieform bei Auftreten von Hirnmetastasen ist ja in der Regel die Bestrahlung. Und wenn die Bestrahlung schon erfolgt ist und die Hirnmetastase wieder aktiv wird, und es ist eine Her2-überexprimierende Erkrankung ist, dann ist sicher Lapatinib in dem Fall die günstiger Anti-Her2-Therapie.

**Frage:**

Meine Schwester (55) ist letztes Jahr an Brustkrebs erkrankt Sie hat diverse Knochenmetastasen und bisher wurde aus der Lunge ein Liter Flüssigkeit punktiert .Lungenmetastasen sind fraglich. Sie bekommt seit kurzer Zeit Avastin zusätzlich zu 2 anderen Chemos. Ich hätte nun gerne gewusst, wie Sie die Lebenserwartung meiner Schwester einschätzen.

**Antwort:**

Das ist eine ganze schwierige Frage:. Frauen mit gestreutem Brustkrebs sind, wie ich schon sagte, in der Regel mit ganz wenigen Ausnahmen nicht heilbar und versterben an ihrer Brustkrebserkrankung. Aber dieses Überleben ist sehr unterschiedlich. Es gibt Frauen, die innerhalb von kürzester Zeit an ihrer Brustkrebserkrankung versterben und andere die sehr gut und lange mit dieser gestreuten Brustkrebserkrankung überleben. Und gerade Bevacizumab ist eine neue Therapieform, die es uns ermöglicht, die Symptome besser zu kontrollieren und die

Zeit bis zum erneuten Voranschreiten der Brustkrebserkrankung zu verlängern. Es ist eine neue Option in unserem Arsenal von Möglichkeiten für die wir sehr dankbar sind.

**Frage:**

Spezieller Fall: Jahrgang 1939: 1995 Brust-CA li, ED 95, pT 1a G 2 – R 0, HER2 neg, ER 60% pos., PR 5 % pos. --> Ablatio + Axilla-Revision

1998 Brustwandrezidiv --> OP und Bestrahlung, Tamoxifen und Femara in Serie.

2007 Sternum-Metastase -> Sternumteilresektion, Gabe von Fulvestrant u. Zometa.

2008 Rezidiv der Sternum-Metastase (histolog. gesichert). Verd. Kleinstfiliae im Interlobium -->Bestrahlung

Ende 2008 Wiederanstieg des TU-Marker CA 15-3 > 280 ml/U, Pleuraerguß li mit gesicherten TU-Zellen; mediastinale LK befallen. --> Januar 2009 Beginn der oralen Therapie mit Capecitabin. Nach anfänglich gutem Ansprechen mit LK-Regression im Mediastinum und Abfall von CA 15-3 leider nach 8 Monaten Wiederanstieg von CA 15-3 über 180 und Nachweis von 3 neuen Knochenmetastasen im PET-CT (1xHWS- 1xBWS- 1x Rippe)

Jetzt 21.09.09 erste Gabe von Mitoxantron + Ibandronat. Eine Radiatio der Knochenfiliae wurde zurückgestellt, um möglichst viel an Knochenmarksfunktion zu erhalten.

Bitte berichten Sie über die heutigen Möglichkeiten und Erfolge einer Immuntherapie bei Brustkrebs. Was ist sinnvoll und erprobt? Was kann z.B. in einem metastasierten Stadium in Kombination mit einer Chemo-Therapie zusätzlich erreicht werden?

**Antwort:**

Eine Immuntherapie im eigentlichen Sinne ist eine Therapie, die versucht, das körpereigene Immunsystem spezifisch auf den Tumor hin zu aktivieren. Die Antikörper-Therapien mit Trastuzumab oder mit Bevacizumab sind im engeren Sinne keine Immuntherapie. Immuntherapie im engeren Sinne haben im Moment in der Therapie des Mammakarzinoms keinen Platz. Dies sind hoch-experimentelle Therapien – die unspezifische Stimulation des Immunsystems bringt nichts und eine spezifische Stimulation des Immunsystems auf den Tumor im individuellen Fall hat bisher nicht richtig funktioniert. Deshalb ist kein Platz für Immuntherapie bei Brustkrebs außerhalb von Studien.

## Themenkomplex Kinderwunsch nach Krebs

### Frage:

Meine Freundin wurde vor drei Jahren an Brustkrebs operiert, bestrahlt und hat eine Chemotherapie erhalten. Wir wünschen uns ein Kind, aber sie hat Angst und es gibt so viele Frage:n: Kann meine Freundin nach der Chemotherapie überhaupt noch schwanger werden? Und wenn ja: Hat die Chemotherapie das Risiko erhöht, dass unser Kind geschädigt ist? Kann man nach einer Teilbrustentfernung und nach Bestrahlung überhaupt noch stillen?

### Antwort:

Wenn die Eierstockfunktion nach der Chemotherapie wieder zurück kommt, kann die Patientin schwanger werden. Wenn sie mindestens ein Jahr nach Abschluss der Chemotherapie wartet, besteht auch kein erhöhtes Missbildungsrisiko für das Kind – vorausgesetzt sie wird nicht schwanger unter eine Anti-Hormon-Behandlung. Die Anti-Hormon-Behandlung muss auch mindestens ein halbes Jahr abgesetzt sein. Und nach Brustbestrahlung kann nicht mehr gestillt werden und Teil-Brustentfernung heißt in der Regel, dass die verbliebene Brust bestrahlt werden muss. Mit der anderen Brust kann man aber stillen.

### Frage:

Ich bin 41 Jahre alt und wurde vor zwei Jahren an Brustkrebs operiert. Seitdem erhalte ich Zoladex+Tamoxifen. Die Therapie soll insgesamt 5 Jahre dauern und mein Arzt sagt, dass ich diese Zeit auch einhalten sollte, um mein Rückfallrisiko zu verringern. Nun habe ich aber einen neuen Partner gefunden und wir wünschen uns noch ein gemeinsames Kind. Mir läuft die Zeit davon. Kann ich die Therapie unterbrechen, um noch einmal schwanger zu werden? Wie stark erhöhe ich durch eine Schwangerschaft und den damit verbundenen Hormonanstieg das Risiko, ein Rezidiv zu bekommen?

### Antwort:

Nein, jede Unterbrechung einer indizierten Therapie erhöht das Rückfall-Risiko. Man muss einfach entscheiden. Wenn der Kinderwunsch der Patientin sehr hoch ist kann man das Zusatz-Risiko eingehen, um den Wunsch der Patientin nach einer Schwangerschaft zu erfüllen. Man muss einfach mit der Patientin individuell sprechen, welche Lebensziele sie verfolgen möchte.