

Protokoll der Krebsprechstunde vom 8. September 2014 zum Thema

Chemotherapie bei metastasiertem Brustkrebs

veranstaltet durch:

dkg-web.gmbh

Uhlandstraße 7/8

10623 Berlin

www.krebsgesellschaft.de

Experte in dieser Sprechstunde:



Prof. Dr. Christian Jackisch
SANA-Klinikum Offenbach

Hinweis: In den originalen Zusendungen unserer User sind häufig sehr viele Details zu der Erkrankung der jeweiligen Patientin enthalten. Wir haben die Inhalte hier auf die wesentliche Fragestellung reduziert.

Da in den Zusendungen wechselnd Wirkstoff- und Handelsnamen genannt werden, haben wir im Folgenden beide aufgeführt.

Diagnostik

Zählt Lymphknotenbefall schon als Metastasenbildung? Wie hoch ist das Risiko bei Lymphknotenbefall, dass Fernmetastasen auftreten?

Zuerst muss eine sprachliche Ungenauigkeiten geklärt werden: Man unterscheidet Lymphknotenbefall nach seiner Lokalität: Sind die dem Tumor nahegelegenen Lymphknoten in der Brust und der Achselhöhle betroffen, spricht man von einer lokaler Absiedlung, nicht von Metastasen. Alle Tumorabsiedlungen außerhalb dieser Region zählen als Fernmetastasen.

Wenn in regionalen Lymphknoten Tumorzellen vorhanden sind, steigt das Risiko, dass sich irgendwann auch Fernmetastasen entwickeln. Und auch das krankheitsfreie Intervall bis zum Auftreten einer Metastasierung ist statistisch verkürzt. Dem wird mit einer adjuvanten Therapie entgegengesteuert.

Nach Auftreten eines verdächtigen Befunds im Nachsorge-MRT soll zusätzlich Ultraschall durchgeführt werden. Können Ultraschall und MRT verschiedene Ergebnisse erbringen?

Aufgrund der unterschiedlichen Verfahren können die Befunde voneinander abweichen. Wenn beide Untersuchungsmethoden an der gleichen Stelle eine Veränderung zeigen, sollte eine minimal invasive Biopsie durchgeführt werden um abzuklären, ob es sich tatsächlich um ein Rezidiv bzw. eine Metastase handelt. Das kann aber auch erforderlich werden, wenn nur in einem der genannten Verfahren ein suspekter Befund erhoben wird.

Bei einer Patientin hat die Knochenszintigraphie ein auffälliges Ergebnis erbracht. Nun soll sich ein MRT anschließen. Warum?

Die Knochenszintigraphie zeigt im Bild Areale mit erhöhtem Stoffwechsel im Knochen an. Diese können auf Knochenmetastasen, aber beispielsweise auch auf alte Knochenbrüche oder altersbedingte Abbauerscheinungen zurückzuführen sein. MRT, CT oder Röntgen helfen dabei, die verschiedenen Ursachen näher abzuklären.

Welchen Stellenwert hat das PET-CT bei Brustkrebs?

Das PET-CT ist eine sinnvolle Untersuchungsmethode in der Onkologie, spielt aber in der Nachsorge von Brustkrebs derzeit als alleinige Untersuchungsmethode keine große Rolle. Mitunter wird es zum Abklären unklarer Befunde eingesetzt, ergibt aber selbst auch unsichere Befunde, die dann wiederum mit anderen Verfahren gesichert

werden müssen, so dass es nur selten einen echten Zusatznutzen zu Verfahren wie MRT, CT oder Knochenszintigraphie gibt.

Eine Patientin hat in der operierten Brust eine Verhärtung festgestellt. Nach der Ultraschalluntersuchung sagte der Arzt, dass es sich lediglich um Narbengewebe handele. Könnte sich trotz Operation, Bestrahlung und antihormoneller Therapie innerhalb kurzer Zeit ein Rezidiv gebildet haben?

Grundsätzlich ja. Wenn die Patientin besorgt ist, kann durch eine Probeentnahme (Biopsie) unter lokaler Betäubung Sicherheit erlangt werden.

Allgemeine Fragen zu metastasierten Brustkrebs

Wie lange kann man mit Brustkrebs-Metastasen im Bauchfell überleben? Kann man noch geheilt werden?

Bauchfellmetastasen sind selten. Wenn die gewählte Therapie anschlägt, kann der Krebs über lange Zeit kontrolliert werden. Heilbar ist er in dieser Situation in der Regel nicht mehr.

Essenziell ist die Bekämpfung von Symptomen, die durch das „Bauchwasser“ auftreten – also Schmerzen und Druckgefühle. Diese können durch das Ablassen des Bauchwassers (Aszites) gelindert werden.

Speziell für diese Bauchfellmetastasen gibt es auch eine Antikörpertherapie, die direkt in die Bauchhöhle verabreicht werden kann. Aber auch der Einsatz von Chemotherapie in Kombination mit Antikörpern (falls indiziert) oder eine Antihormontherapie können in Einzelfällen hilfreich sein.

Wie ist die Prognose bei Magenmetastasen, wie wird sich die Erkrankung entwickeln?

Magenmetastasen sind eher selten bei Brustkrebs. Mögliche Komplikationen sind Blutungen, die durch das Einbrechen der Metastasen in Gefäße hervorgerufen werden. Im Verdachtsfall ist in jedem Fall eine Magenspiegelung (Gastroskopie) erforderlich. Zudem kann es durch das Metastasenwachstum zu Verengungen im Magen und dann zu Störungen der Nahrungsaufnahme kommen. Grundsätzlich ist wichtig, dass die Nahrungspassage vom Mund bis zum Enddarm gewährleistet ist, wenn eine Chemo

therapie erfolgen soll. Notfalls muss die Passage durch eine Operation wieder hergestellt werden.

Eine Patientin mit Lebermetastasen hat wegen der Nebenwirkungen die Therapie abgebrochen. Welche Auswirkungen hat dies auf ihre Prognose?

Ob eine Chemotherapie anschlägt, ist erst nach einigen Wochen ersichtlich. Man kann Lebermetastasen aber nur so lange behandeln, wie die Leberfunktion noch ausreichend vorhanden ist. Operative Therapien sind bei multiplen Lebermetastasen nur selten als alleinige Maßnahme sinnvoll.

Lebermetastasen können zu erheblichen Beschwerden und daher zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Wie lange man ohne Therapie überleben kann, ist schwer abzuschätzen. Allerdings ist die Motivation der Patientin eine wesentliche Grundlage für die Behandlung. Man muss also auch eine Entscheidung gegen eine Therapie akzeptieren.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei Lungenmetastasen?

Generell sind Lungen- und Lebermetastasen prognostisch weniger günstig als Knochenmetastasen. Aber wenn eine Therapie gefunden wird, die gut wirkt, verbessert dies die Prognose deutlich.

Gerade bei Lungenmetastasen ist es oft möglich, eine Biopsie vorzunehmen, um zu bestätigen, dass es sich tatsächlich um eine Brustkrebsmetastase handelt und wie deren tumorbiologische Eigenschaften sind. Dies ermöglicht eine gezielte Wahl der Behandlung, meist einer Chemotherapie. Sind keine gravierenden Atembeschwerden vorhanden, kann auch antihormonell behandelt werden. Haben sich Wasseransammlungen gebildet, verschafft eine Punktion den Patientinnen Linderung.

Bei einer älteren Patientin leitet der behandelnde Arzt trotz verdächtigem Befund in der Lunge keine Therapie ein und will abwarten.

Abwarten ist eine Option, aber auf längere Frist ist die Abklärung des Befundes durch eine Biopsie sinnvoll, auch weil die unsichere Situation für Patientin und Angehörige eine Belastung darstellt. Nicht selten handelt es sich auch bei Brustkrebspatientinnen bei solchen Befunden um andere Ursachen, die eine gesonderte Behandlung erfordern.

Werden ältere Patientinnen grundsätzlich genauso behandelt wie jüngere?

Grundsätzlich ja. Es ist aber so, dass mit jeder weiteren Therapielinie die Nebenwirkungen zunehmen. Daher müssen die Begleiterkrankungen der Patientinnen – Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenprobleme, Diabetes u. Ä. – in die Entscheidung über die Art der Behandlung einbezogen werden. Wichtig ist also das biologische, weniger das kalendarische Alter der Patientin. Die geplante Therapie sollte auch durchführbar sein. Hier ist vor allem auf die bestehende Medikation für die Begleiterkrankungen zu achten.

Antihormonelle Therapie

Ist eine antihormonelle Therapie bei metastasiertem Brustkrebs sinnvoll und sollte nicht lieber sofort mit einer Chemotherapie behandelt werden?

Die antihormonelle Therapie ist eine der effektivsten Behandlungen, wenn der Tumor hormonsensibel ist. Sie kann über viele Jahre laufen, und man kann zwischen verschiedenen Medikamenten wechseln. Die Antihormontherapie hat zudem den großen Vorteil, dass sie mit einer Ausnahme als Tablette zur Verfügung steht und damit von den Frauen selbst zu Hause durchgeführt werden kann.

Wenn man die Möglichkeit hat, der Patientin eine Chemotherapie zu ersparen oder sie weit hinauszuzögern, dann sollte man dies auch tun. Durch neue Medikamente (mTor-Inhibitoren) kann die endokrine Resistenz sinnvoll überwunden werden und der Einsatz einer (erneuten) Chemotherapie ggf. verzögert werden.

Eine Patientin hat starke Nebenwirkungen unter Aromatasehemmer-Therapie, vor allem Knochenschmerzen. Welche Alternativen gibt es?

Gelenk- und Muskelbeschwerden sind typische Nebenwirkungen der Aromatasehemmer, deren Ursache bis heute noch nicht komplett entschlüsselt wurde. Wenn die Therapie jedoch wirksam ist, sollte sie trotz dieser Beschwerden nicht abgebrochen werden. Physiotherapie oder die Einnahme von Schmerzmitteln können die Beschwerden lindern. Auch der Wechsel zu einem anderen Aromatasehemmer oder zu Tamoxifen kann helfen.

Eine Patientin erhält aufgrund von Thrombosen nicht mehr Tamoxifen, sondern Fulvestrant (Faslodex). Aber auch hier sind in der Packungsbeilage Thromboembolien als mögliche Nebenwirkungen aufgeführt.

In der Praxis kann das Vorliegen einer Gerinnungsstörung, deren Häufigkeit bei älteren Patientinnen zunimmt, gut getestet und dann auch therapiert werden, beispielsweise mit Marcumar. Hier ist in jedem Fall die Zusammenarbeit mit einem Gerinnungsspezialisten erforderlich, um nicht unnötige Nebenwirkungen oder Komplikationen zu riskieren. Unter einer effektiven Antikoagulation (Blutverdünnung) kann eine antihormonelle Therapie eingesetzt werden.

Unter antihormoneller Therapie steigt der Tumormarker deutlich an, der behandelnde Arzt will abwarten. Ist dies richtig?

Der Tumormarker allein sollte kein Auslöser für den Start oder Wechsel einer Therapie sein, solange es der Patientin gut geht – und die Patientin einverstanden ist, weiter abzuwarten. Wenn zu schnell und zu häufig die Therapie gewechselt wird, vergibt man frühzeitig die therapeutischen Möglichkeiten der Substanzen.

Unter antihormoneller Therapie und zusätzlicher Behandlung mit dem mtor-Hemmer Everolimus (Afinitor) kommt es bei Patientinnen zu Nebenwirkungen wie Atemnot, Knochen- und Kopfschmerzen.

Husten und Atemnot bei Patientinnen unter Everolimus-Therapie können Anzeichen einer atypischen Pneumonie sein und sollten nicht mit grippalen Effekten verwechselt werden. Da es sich um ein wirksames Medikament handelt, mit dessen Hilfe die hormonelle Behandlung weiter fortgeführt werden kann, sollte versucht werden, die Nebenwirkungen zu behandeln, anstatt die Therapie abubrechen. Hier kann gelegentlich eine Dosisreduktionen hilfreich sein.

Chemotherapie

Kann man mithilfe von Test an Blut oder Gewebeproben herausfinden, welcher Tumor auf welche Chemotherapien anspricht?

Im Augenblick sind diese Untersuchungen nicht zu empfehlen. Die Studienergebnisse zu Chemotherapie-Sensitivitätstest sind bisher nicht überzeugend, als dass man sie allgemein empfehlen könnte.

Wenn eine Chemotherapie mit Capecitabin (Xeloda) schonender ist als andere Therapien, wie man häufig liest, ist sie dann auch genauso wirksam?

Das Medikament ist sehr gut wirksam und man hat die Möglichkeit, die Dosierung individuell anzupassen. Zudem schätzen viele Patientinnen, dass es keinen Haarausfall hervorruft und dass es selbstständig zu Hause in Tablettenform eingenommen werden kann.

Eine Patientin unter Capecitabin-Therapie leidet unter der Nebenwirkung Hand-Fuß-Syndrom und fragt, ob die Therapie abgebrochen werden sollte.

Wenn eine Nebenwirkung von Grad 3 oder 4 immer wieder auftritt, sollte man eine alternative Behandlung in Betracht ziehen. Zuvor ist es angebracht zu versuchen, ob eine Dosisreduktion erfolgreich ist. Eine intensive Hautpflege hilft vielen Patientinnen gegen die Beschwerden.

Ist das Hand-Fuß-Syndrom ein Zeichen dafür, dass die Therapie gut anschlägt?

Bei manchen Präparaten ist das tatsächlich so, bei Capecitabin konnte dies nicht belegt werden.

Eine Patientin hat unter Taxan-Therapie heftige allergische Reaktionen.

Da Taxane nicht wasserlöslich sind, muss der Infusionslösung ein Lösungsmittel (Cremophor) zugegeben werden, das allergische Reaktionen auslösen kann. Daher muss zusätzlich immer Cortison eingenommen werden, was diesen Effekt reduziert. Bei generischen Taxanen (nach Ablauf der Patentfrist von anderen Firmen hergestellte Nachahmerpräparate) werden vermutlich andere Lösungsmittel zugesetzt, so dass es vermehrt zu allergischen Reaktionen kommt. Eine Alternative ist der Wechsel zu nab-Paclitaxel, das auch ein Taxan ist, aber keine Lösungsmittel erfordert.

Eine Patientin erkundigt sich nach Praxiserfahrungen mit nab-Paclitaxel (Abraxane).

Bei nab-Paclitaxel handelt es sich um eine Art zielgerichteter Chemotherapie, wodurch der Wirkstoff in den Tumorzellen stark angereichert werden kann. Ein Vorteil des Medikaments ist, dass man Dosierung und Intervalle gut variieren kann. Zudem entfällt bei diesem Taxan durch die Bindung an ein Eiweiß die Zugabe von Lösungsmitteln, so dass es nicht zu damit verbundenen allergischen Reaktionen kommen kann.

Eine Patientin erhält zusätzlich zu nab-Paclitaxel Neulasta, weil ihre Leukozyten stark schwanken. Da sie davon Knochenschmerzen bekommt, fragt sie, ob sie das Medikament absetzen darf.

Die Chemotherapie schädigt die blutbildenden Zellen und schwächt damit das Immunsystem. Die Zusatzmedikation mit Wachstumsfaktoren wie Pegfilgrastim (Neulasta) führt dazu, dass schneller weiße Blutkörperchen gebildet werden, um diesem Mechanismus entgegenzuwirken, es ist also eine Art „Blutdoping“.

Wird das Immunsystem zu stark durch die Chemotherapie in Mitleidenschaft gezogen werden, besteht die Gefahr von Infektionen und die Chemotherapie muss ggf. unter- oder abgebrochen werden.

Zu den Knochenschmerzen kommt es, da die Wachstumsfaktoren zu den Zytokinen gehören, die grippeähnliche Symptome hervorrufen. Reduzieren kann man diese Nebenwirkung, wenn das Medikament vor der Injektion auf Zimmertemperatur erwärmt wird. Leichte Schmerzmittel wie Paracetamol sind ebenfalls hilfreich.

Eine Patientin erhält Carboplatin und Gemcitabin (Gemzar). Abgesehen von einem starken Abfall der Leukozyten spürt sie bislang keine Nebenwirkungen. Was könnte an Nebenwirkungen noch auftreten, werden die Haare ausfallen?

Platinhaltige Chemotherapien können zu Haarausfall führen. Gemcitabin wirkt sich vor allem auf das Blutbild aus. Wenn die Leukozyten weiterhin so niedrig sind, sollte eine Dosisreduktion oder der Einsatz von Wachstumsfaktoren erwogen werden.

Eine Patientin erhält Carboplatin und Gemcitabin sowie den Antikörper Bevacizumab (Avastin). Wie schätzt der Experte diese Therapie ein?

Bevacizumab wird in der Regel nur als Erstlinientherapie beim metastasierten Brustkrebs eingesetzt, und normalerweise wird der Antikörper mit einem Taxan kombiniert. Im Einzelfall können prinzipiell auch andere Kombinations-Chemotherapien gewählt werden, solange die Patientin die Behandlung verträgt.

Eine Patientin soll Eribulin (Halaven) erhalten. Welche Erfahrungen gibt es damit?

Eribulin gehört zusammen mit nab-Paclitaxel zu den letzten Neuentwicklungen im Bereich der Chemotherapie und beide Medikamente stellen eine Bereicherung des Therapiespektrums dar. Eribulin kann auch bei stark vorbehandelten Patientinnen noch eine Verlängerung des Überlebens bewirken. Im Augenblick wird erforscht, ob das Medikament auch schon in früheren Situationen vorteilhaft sein kann.