

Die junge Mammakarzinom-Patientin

Relevantes für die Praxis (Teil 2)

R. Würstlein, A. Farr, D. M. Burgmann, F. van Meegen,
A. Heiduschka, K. Hermelink, N. Harbeck

Bösartige Tumoren der Brustdrüse betreffen in nicht geringer Zahl auch jüngere Frauen. Was ist bei der Betreuung dieser Patientinnen besonders zu beachten? In Teil 1 des Beitrags in FRAUENARZT 6/2014 wurden für die Beratung relevante Besonderheiten hinsichtlich Brustkrebsrisiko, Prävention und Frühbehandlung sowie Diagnostik und Therapie vorgestellt. Teil 2 befasst sich mit spezifischen Herausforderungen bei der jungen Mammakarzinompatientin und der Nachsorge.

Die besondere Situation der jungen Mammakarzinompatientin verbunden mit der selteneren Inzidenz, schlechteren Prognose und höheren Betroffenheit des Behandlungsteams stellt eine besondere Herausforderung für jedes Brustzentrum, jede behandelnde Abteilung, jeden Niedergelassenen, aber vor allem für die Patientin und ihr Umfeld dar. Spezielle Fragestellungen, die den Lebensabschnitt der Frauen betreffen, kommen hinzu und fordern ein hohes Maß an Beratungskompetenz und -zeit, besonders bezüglich Familienstatus, Betreuung von (Klein-)Kindern, Kommunikation mit den Kindern, Kinderwunsch, beruflichen Status, finanzieller Absicherung und Lebensplanung allgemein. Für viele Bereiche fehlen hier Analysen und validierte Daten, und so bleibt die Teamkompetenz eher dem persönlichen Engagement der Psychoonkologen, Breast Care Nurses, Sozialdienstmitarbeiter, Ärzte und Pflegekräfte überlassen.

Insbesondere bei den gut vernetzten jungen Patientinnen und deren Umfeld spielen spezialisierte Teams und deren Angebote sowie Routine im Umgang mit den Fragestellungen junger Patientinnen und deren Beratung durch andere Betroffene im Rahmen der Selbsthilfe eine große Rolle. Eine

entscheidende Unterstützung erfahren hier die Brustzentren, aber vor allem die jungen Frauen durch die speziellen Selbsthilfeorganisationen in Deutschland, an erster Stelle das BRCA-Netzwerk.

Aufgrund unserer Erfahrung sind nach wie vor spezielle Angebote für (junge) Patientinnen wie Kosmetikseminare für ein besseres Körperbild und Selbstwertgefühl oder spezielle Reha-Angebote für junge Patientinnen nicht bekannt oder werden nicht zum richtigen Zeitpunkt weitergegeben.

Im Folgenden wird auf für junge Patientinnen bedeutsame Aspekte detaillierter eingegangen:

■ Genetische Testung/Risikokonstellation

Siehe hierzu Teil 1 des Beitrags.

■ Mammakarzinom in der Schwangerschaft

Das Auftreten eines Mammakarzinoms zu Beginn oder während einer Schwangerschaft ist eine der größten therapeutischen, psychologischen, aber vor allem persönlichen Herausforderungen für die Patientin und deren Familie. Gerade bei Frauen nach dem 35. Lebensjahr handelt es

sich oft um das Wunschkind und die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Schwangerschaft nach Abschluss der kompletten adjuvanten, auch anti-hormonellen Behandlung ist dem Alter entsprechend gering. Oft wird ein Brustbefund im Rahmen der ersten Schwangerschaftsuntersuchungen diagnostiziert. Es ist von hoher Relevanz für die Prognose der jungen Patientin, dass abklärungsbedürftige Befunde (z. B. Tastbefunde) auch in der Schwangerschaft zeitnah und mit hoher Expertise abgeklärt und nicht verschleppt werden.

Unabhängig von der Schwangerschaftswoche sollte hier das interdisziplinäre Team zur Beratung und Mitbetreuung um perinatologische und geburtshilfliche Kollegen sowie gegebenenfalls Unterstützung in der genetischen Beratung ergänzt werden. Die Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft und das in der Schwangerschaft gewählte Behandlungskonzept sowie der geeignete Geburtszeitpunkt kann immer nur sehr individuell getroffen werden. Um hier mehr Daten und Beratungsevidenz zu gewinnen, sollten alle Mammakarzinome, die in oder im unmittelbaren Zusammenhang nach der Schwangerschaft auftreten, im deutschlandweiten Register der German Breast Group (Prof. Loibl) gemeldet werden. Hier wird auch das Outcome von Mutter und Kind verfolgt (www.germanbreastgroup.de/pregnancy).

Generell verlaufen Diagnostik und Biopsie wie außerhalb der Schwangerschaft, zum Staging stehen sonografische und radiologische Methoden zur Verfügung, die OP wird wie bei Nicht-Schwangeren durchgeführt (Sentinel-OP ist mit Technetium nach dem ersten Schwangerschaftsdrittel möglich). Eine Bestrahlung sollte in der Schwangerschaft nicht durchgeführt werden, ebenso keine antihormonelle Therapie. Die Durchführung einer Chemotherapie, in der Regel anthrazyklin- und taxanhaltig, ist während der Schwangerschaft nach

dem ersten Trimester analog der nicht-schwangeren Patientin möglich, aufgrund fehlender Daten ist eine anti-HER2-gerichtete Antikörpertherapie nicht indiziert.

Voraussetzung für die Entbindung sollte immer das reife Kind zu einem günstigen Therapiezeitpunkt (außerhalb des Nadirs, d. h. geplant drei Wochen nach der letzten Chemotherapie-Applikation) sein. Der Entbindungsmodus sollte sich nach geburts-hilflichen Erwägungen richten, sofern keine Komplikationen der Mammakarzinomtherapie vorhanden sind. Unter laufender Systemtherapie sollte nicht gestillt werden.

Es ist wichtig zu wissen, dass eine Schwangerschaftsbeendigung die Prognose für die Mutter nicht verbessert, wenn die Therapie wie bei einer nicht-schwangeren Patientin durchgeführt werden kann, was eine gute Kooperation von Brustzentrum, Perinatologie und Patientin voraussetzt.

■ Kinderwunsch bei Mammakarzinompatientinnen/ Fertilitätsprotektion

Zunehmend haben junge Frauen zum Zeitpunkt der Mammakarzinomdiagnose die Familienplanung nicht eingeleitet/abgeschlossen. Dieser Punkt stellt eine besondere Herausforderung an die Gesprächsführung in der sowieso schon extrem belastenden Krankheitssituation dar, muss aber obligat vor Einleitung jeder medikamentösen Therapie (Chemotherapie/antihormonelle Therapie) erfragt werden. Dies ist am sinnvollsten, wenn die Patientin den Diagnoseschock bereits etwas verarbeitet hat und ggf. auch in Begleitung des Partners zur Beratung/Therapieplanung kommt.

Insbesondere bei Frauen vor dem 35. Lebensjahr und bei Nulliparae vor dem 40. Lebensjahr sollte zeitnah eine Vorstellung in einem Kinderwunschzentrum zur speziellen Beratung erfolgen. Dort können die verschiedenen Behandlungsoptionen

(Asservieren von Eizellen, befruchteten Eizellen oder Ovarialgewebe) individuell besprochen werden. Im Falle einer Stimulationsbehandlung vor Therapieeinleitung ist eine enge Abstimmung – auch zeitlich – zwischen dem Brustzentrum und dem Kinderwunschzentrum obligat. In Deutschland werden die Patientinnen unter der Organisation von FertiPROTEKT optimal beraten und betreut (www.FertiPROTEKT.de). Die Ovarprotektion mit GnRH-Analoga während (neo-)adjuvanter Chemotherapie ist nach neuesten Daten wieder ein Bestandteil in der Fertilitätsprotektion junger Mammakarzinompatientinnen.

■ Spezielle psychoonkologische Belastung durch (Klein-)Kinder

Familien und insbesondere minderjährige Kinder sind von einer mütterlichen Krebserkrankung in hohem Maße mitbetroffen. Diesem Aspekt sind die Zentren in den letzten Jahren durch spezialisierte Angebote für die Mutter, den Vater/Partner und die Kinder nachgekommen; in den großen Krebszentren gibt es spezielle Programme für Kinder (brust-)krebskranker Mütter; zur Rekonvaleszenz von Mutter und Kind bietet u. a. die Rexrodt von Fircks Stiftung (www.rvfs.de) spezielle Angebote und Reha-Maßnahmen an. Im Rahmen des Verbundprojekts der Deutschen Krebshilfe „Hilfen für Kinder krebskranker Eltern“ sind in Berlin, Hamburg, Heidelberg, Leipzig und Magdeburg spezialisierte Angebote entstanden, die sich an Kinder und Eltern richten. Auch viele Brustzentren verfügen mittlerweile über Angebote für Kinder. Eine Übersicht findet sich auf der Internetseite des Verbundprojekts (www.verbund-kinder-krebskranker-eltern.de).

■ Spezielle sozialrechtliche Fragestellungen

Sozialdienstmitarbeiter und Krebsinformationsdienste bieten spezielle Beratungen zu Finanzen, Arbeitsrecht, Versicherungen an. Es ist wichtig, die Patientinnen darüber zu informieren. Auch im Rahmen der in der

Regel nach Therapieabschluss durchgeführten AHB-Maßnahme können Beratungen durchgeführt werden (Informationen z. B. unter www.krebshilfe.de oder www.brustkrebsdeutschland.de).

Nachsorge

■ Allgemeine Aspekte

Die Nachsorgeempfehlungen für die junge Patientin unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den generellen Nachsorgeempfehlungen. Die Nachsorge umfasst aber altersbedingt einen deutlich längeren Zeitraum über verschiedene Lebensphasen hinweg mit spezifischen Fragestellungen und Anforderungen für den betreuenden Arzt.

Laut AGO-Leitlinie umfasst die Nachsorge

- Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität,
- Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit,
- Maßnahmen zur Reduktion therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Maßnahmen zur Früherkennung von heilbaren Rezidiven (intramammär und lokoregionär),
- Maßnahmen zur Früherkennung eines kontralateralen Mammakarzinoms,
- Maßnahmen zur Früherkennung von sonstigen Zweitkarzinomen entsprechend den Krebsvorsorgeempfehlungen,
- Maßnahmen zur Früherkennung von Metastasen (insbesondere symptomatisch),
- psychosoziale Aspekte der Beratung, insbesondere zu Schwangerschaft, Kontrazeption, Sexualität, Menopausensyndrom, Lebensqualität, Angst vor Rezidiv,
- allgemeine Beratung,
- Zweitmeinung,
- Intervention bei risikobehafteten Begleiterkrankungen (mit Einfluss auf die Grunderkrankung) wie Einstellung eines Diabetes mellitus, Gewichtsintervention, Sportintervention, Beratung bei Nikotinabusus sowie

– Re-Evaluation laufender adjuvanter Therapien inklusive Überprüfung der Compliance in der adjuvanten antihormonellen Therapie (Verbesserung der Compliance durch Aufklärung und Nebenwirkungsmanagement).

Die Routine-Nachsorge bei asymptomatischen Patientinnen nach den AGO-Empfehlungen ist in den Abbildungen 1 und 2 dargestellt.

Nicht routinemäßiger Bestandteil der Nachsorge auch bei jungen Patientinnen sind Laborwerte (Tumormarker) und bildgebende Staginguntersuchungen, da bisher eine frühere Erkennung von Metastasen bei asymptomatischen Patientinnen nicht zu einem verbesserten Gesamtüberleben geführt hat. Auch dieser Aspekt ist insbesondere bei jungen Patientinnen Bestandteil der aktuellen Forschung.

Folgende Aspekte spielen eine besondere Rolle bei der Nachsorgebetreuung der jungen Mammakarzinompatientin:

■ Kontrazeption

Ein relevanter Aspekt bei der Mitbetreuung in der gesamten Therapiephase sowie danach ist die Verhütung bei den jungen Frauen/Paaren. Dieses Thema sollte obligater Bestandteil aller Beratungsgespräche bei prämenopausalen Mammakarzinompatientinnen sein. Da hormonelle Kontrazeptionsmethoden (auch *Mirena, Implanon, NuvaRing* u. ä.) nach der Diagnose eines Mammakarzinoms kontraindiziert sind, stehen vor allem reversible nichthormonelle Barrieremethoden (Kondom, Diaphragma, Kupfer-IUPs/-kette) oder dauerhafte Methoden wie die Sterilisation eines Partners zur Verfügung.

■ Vorzeitige Menopause

Abhängig von der Wahl der Medikamente werden bei bestimmten Chemotherapieregimen abhängig von Alter und Dosis eine sekundäre Amenorrhö (z. B. Amenorrhörate unter TAC: 62%) und unter der antihormonellen

Routine-Nachsorgeuntersuchungen bei asymptomatischen Patientinnen		Oxford / AGO LoE / GR
Untersuchungen:		
➤ Anamnese (spezifische Symptome)		1a A ++
➤ Untersuchung		1a B ++
➤ Brust-Selbst-Untersuchung		5 D +
➤ Mammographie		1a A ++
➤ Mammasonographie		2a B ++
➤ Mamma-MR in der Routine		3b B +/-
➤ Mamma-MR bei unklarer Mammographie / -sonographie		3b B +
➤ Gynäkologische Untersuchung		5 D ++

Abb. 1: Routine-Nachsorgeuntersuchungen bei asymptomatischen Patientinnen nach den Empfehlungen der AGO

Brustkrebs Nachsorge (inkl. CLIS, DCIS) Synopsis					
Empfehlung für asymptotische Patientinnen (mod. nach ASCO-Empfehlungen 2012, NCCN 2.2011 und S3 Leitlinie 2012)					
	Nachsorge/Follow-Up*				Screening
Jahre nach Primärtherapie	1	2	3	4 5	> 6
Anamnese, klinische Untersuchung, Beratung	inv.: alle 3 Mon.		inv.: alle 6 Mon.		inv.: alle 12 Mon.
	CLIS / DCIS: alle 6-12 Monate				CLIS / DCIS: alle 12 Monate
Selbstuntersuchung	monatlich				
Bildgebende Diagnostik, Laboruntersuchungen	indiziert nur bei Symptomatik +/- Befunden +/- Verdacht auf Rezidiv/Metastasen				
Mammographie und Sono-graphie	inv.: BET**	ipsilat.: alle 6 -12 Mon. kontralat.: alle 12 Mon.		beidseits: alle 12 Monate	
	inv.: Mastektomie	kontralateral alle 12 Monate			
	CLIS / DCIS	alle 12 Monate			

* Fortlaufende "Nachsorgeuntersuchungen" bei noch laufender adjuvanter Therapie
 ** 1. Mammographie nach BET 6-12 Monate nach kompletzierter Radio

Abb. 2: Brustkrebs-Nachsorge nach den Empfehlungen der AGO

Therapie eine vorzeitige Menopause eintreten. Die Symptomatik ist der der regulären Menopause vergleichbar. Ob eine sekundäre Amenorrhö eine (positive) prognostische Relevanz hat, wird weiter diskutiert. Therapie der Wahl bei Hitzewallungen bleibt die körperliche Aktivität, symptomatische Therapie wie Akupunkturverfahren sowie die vorübergehende Einnahme von SSRIs. Dies ist insbesondere bei simultanem Fatiguesyndrom oder Schlafstörungen sinnvoll.

Mit der frühzeitigen Menopause verbunden ist oft auch der Abschluss der Familienplanung, zumindest bei den irreversiblen Formen der Amenorrhö.

■ Lebensqualität: Fatigue, kognitive Einschränkung, Depression, Angst

Eine große Belastung stellen insbesondere für junge, sehr aktive Frauen die sehr häufig auftretende Fatigue und/oder kognitive Einschränkungen

wie Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme dar, die oft zu Unrecht als Chemobrain bezeichnet werden. Meist lässt sich der subjektive Eindruck der Patientinnen nicht durch objektive Tests kognitiver Funktionen bestätigen, dagegen besteht ein enger Zusammenhang mit Depressivität und anderen Parametern des psychischen Befindens. Vor allem Fatigue, in einer Subgruppe der Patientinnen auch kognitive Probleme können die Lebensqualität junger Patientinnen nach Abschluss der Primärtherapie erheblich beeinträchtigen. Dies wird oft therapiebedingt durch die vorzeitige Menopause, aber auch durch die Zwei- bis Dreifachbelastung durch Krankheit, Familie und Beruf verstärkt.

Hier zeigt sich zunehmend die Wirkung komplementärmedizinischer Maßnahmen (s. www.ago-online.de). Ernährungsberatung sowie die ausgleichende sportliche Aktivität sind sinnvoll. Vorübergehend kann der Effekt durch Antidepressiva (cave Kontraindikationen/Wechselwirkungen unter Tamoxifen) gemildert werden. Ein wichtiger Aspekt scheint hier das immer wieder aufgenommene therapeutische Gespräch zu Nutzen der Therapie und bei Bedarf die psychoonkologische Mitbetreuung, bei zu starker beruflicher Inanspruchnahme/Überlastung auch die Berufsberatung/das Gespräch mit dem Betriebsarzt oder eine Familienberatung oder eine gezielte Reha-Maßnahme zur Klärung der persönlichen Prioritäten zu sein.

Gezielte Studien zu diesen Themen der langfristigen Lebensqualität einer Mammakarzinompatientin sind erst jetzt Gegenstand des Forschungsinteresses geworden. Spezielle „Post-survivorship“-Bedürfnisse werden auch von entsprechenden Patientenverbänden angemahnt.

■ Lymphödem

Neben der Angst vor einem tumorbedingten Rückfall ist das Auftreten eines Lymphödems die seitens der

Patientinnen gefürchtetste Komplikation. Unter aktuellen lokaltherapeutischen Aspekten betrifft dies nur 1% der Frauen nach SLNB und bis zu 30% nach Axilladisektion und -bestrahlung. Arm- oder Handlymphödem nach Mammakarzinom haben aber einen hochrelevanten Effekt auf die Lebensqualität und Lebensführung der Patientin und sind oft stigmatisierend für die Frauen jeden Alters. Junge Frauen in der aktiven Kinderversorgung oder in einem manuell geprägten Beruf stehen da oft vor schwer lösbaren Herausforderungen. Prophylaktische Lymphdrainage wird nicht empfohlen, die Frauen sollten aber informiert sein über Schutzmaßnahmen (Infektionsprophylaxe, Hautpflege), und sollten darauf hingewiesen werden, dass bei Veränderungen des Armfangs frühzeitig eine Therapie mit Lymphdrainage und -kompression und gegebenenfalls spezialisierter fachärztlicher Betreuung und Reha-Maßnahmen eingeleitet werden kann.

■ Knochengesundheit

Ein weiterer Aspekt ist die Knochengesundheit nach Mammakarzinom: Durch die sekundäre Amenorrhö bedingt steigt das Risiko für Osteopenie/Osteoporose. Daher sollten eine entsprechende Anamnese, Knochendichtemessungen im Intervall, die Substitution von Vitamin D und Kalzium und entsprechende Ernährung sowie die regelmäßige Aufforderung zur Bewegung in der Nachsorge immer wieder beachtet werden.

■ Portsysteme

Durch den Einsatz von i.v. Therapien bei der Mehrheit der (jungen) Patientinnen erhalten viele ein Portsystem. Neben der Problematik akuter Komplikationen (1) sollte der Port nach Abschluss der adjuvanten Therapie (z. B. Chemotherapie, Trastuzumab-Therapie) bei allen kurativ behandelten Patientinnen entfernt werden. Dies verhindert Spätkomplikationen und trägt erheblich zum (psychischen) Wohlbefinden der Patientinnen bei. Da die Rate an Portthrom-

bofen unter Tumorthherapie nicht gering ist, sollte spätestens nach Abschluss der Systemtherapie auch zur besseren Planung der endokrinen Therapie eine Gerinnungsdiagnostik und -beratung zur weiteren Thromboseprophylaxe erfolgen. Dieser Punkt wird seitens der Brustzentren bei Therapieabschluss häufig vernachlässigt und könnte sinnvollerweise in der Nachsorge nachgefragt und geklärt werden.

■ Sexuelle Funktionsstörungen

Die Therapie eines Mammakarzinoms belastet auf vielfältige Weise die Sexualität junger Patientinnen. Nicht nur die Operation kann zu Störungen des Körperbilds führen, sondern auch körperliche Veränderungen durch eine Chemotherapie wie Alopezie, Blässe, Ödeme und häufig Gewichtszunahme. Auch wenn diese Veränderungen reversibel sind, können sie doch nachhaltig das Gefühl stören, attraktiv und begehrenswert zu sein. Dazu kommen direkte Auswirkungen der Therapie auf sexuelle Funktionen wie der Sensibilitätsverlust der Brust nach der Operation und Atrophie der Scheidenschleimhaut, Lubrikationsstörungen und verminderte Libido infolge einer induzierten Menopause oder durch endokrine Therapien. Stress, Angst und andere psychische

Folgen der Erkrankung stellen auch eine Belastung für eine Partnerbeziehung und für die Sexualität dar. Alle diese Faktoren – Körperbildstörungen, Störungen sexueller Funktionen, psychische Belastung und Belastung der Partnerschaft – interagieren in der Verursachung sexueller Probleme. Leider bleiben junge Mammakarzinompatientinnen mit Problemen der Sexualität viel zu häufig allein. Das Thema wird selten angesprochen – sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Nachsorge –, und selbst wenn darüber gesprochen wird, erhalten die Patientinnen kaum Hilfe, die dem komplexen Problem gerecht wird. Eingehende Forschung zu diesem Thema und die Entwicklung wirksamer Interventionen wären dringend wünschenswert.

Hier ist der behandelnde Gynäkologe in der Regel der erste Ansprechpartner für die Patientin, denn viele Patientinnen artikulieren diese Problematik erst spät und die frühe Weiterführung bzw. Wiederaufnahme der Sexualität junger Patientinnen während und nach der Ersterkrankung durch gezielte Information und Gespräche mit dem Paar stellen einen wichtigen Faktor für die weitere Partnerschaft dar. Wir erleben in den Brustzentren aber auch sehr viele Paare, die durch die Krankheit und die gemeinsame Krankheitsbewältigung eine tiefere Beziehung gestalten und gezielt die Bedürfnisse auch des Partners und der Familie äußern. Eine Hilfe dazu können auch Selbsthilfegruppen für den Partner sein, wie z. B. unter www.frauenselbsthilfe.de.

■ Schwangerschaft nach Mammakarzinom

Aufgrund der veränderten Lebensplanung der Frauen heute spielt die Möglichkeit der Kinderwunscherfüllung auch nach Mammakarzinom eine wichtige Rolle. Nach abgeschlossener adjuvanter Behandlung verändert eine Schwangerschaft die Prognose der Mutter auch langfristig nicht – unabhängig vom Tumortyp (Rezeptorstatus). Ebenso gibt es keinen Nachweis

für gehäufte kindliche Erkrankungen wie Fehlbildungen oder Malignitätsraten. Dennoch ist eine Aufklärung über die subtypenspezifische Prognose, die Möglichkeit des Auftretens von Spätrezidiven und ein persistierendes Metastasierungsrisiko unbedingt sinnvoll. Und die Schwangerschaft sollte im Sinne einer Risikoschwangerschaft betreut werden. Ein Intervall von vier bis sechs Monaten nach Abschluss der adjuvanten Therapie und vor Schwangerschaft wird empfohlen.

Aufgrund der therapiebedingten Amenorrhö sollte, wie oben aufgezeigt, eine fertilitätsprotektive Beratung bei Kinderwunsch bereits vor Einleitung der Systemtherapie mit Diagnosestellung bei der jungen Patientin erfolgen und gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt die Beratung in der Kooperation Brustzentrum/Kinderwunschzentrum wieder aufgenommen werden. Von Stimulationsbehandlungen nach Mammakarzinom ist ebenso abzuraten wie von allen anderen hormonellen Behandlungen.

In der klinischen Realität werden die meisten Fragen in Bezug auf Schwangerschaft nach Mammakarzinomerkrankung von Frauen gestellt, die aufgrund ihrer rezeptorpositiven Tumorbilologie heute eine zehnjährige antihormonelle Therapie durchführen sollen. Im Lauf dieser zehn Jahre und bei fortschreitendem Alter (und damit sinkender Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft) verringert sich auch bei normalem Zyklus das Zeitfenster einer möglichen Schwangerschaft. Die Relevanz von Abbruch oder Unterbrechung einer antihormonellen Therapie für die Prognose kann nur geschätzt werden. Aufgrund wechselnder Daten zu dieser Thematik sollte dieses Gespräch in einem spezialisierten Zentrum erfolgen, um dem Paar die nötigen Informationen für eine bewusste Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft nach Mammakarzinom auch unter Inkaufnahme eines vorzeitigen Therapieabbruchs zu treffen.



Patientin und Tochter postpartal nach Simultandiagnose Wunschschwangerschaft und Mammakarzinom in der 6. SSW und kompletter Therapie in der Schwangerschaft, Entbindung 37. SSW. Mutter und Kind vier Jahre postpartal bei Wohlbefinden.

Es besteht keine Kontraindikation für Stillen nach Mammakarzinom, wenn auch nach Bestrahlung die behandelte Brust oft keine oder wenig Milch produziert. Hier sollte vor Beginn der Laktation auf eine entsprechende Begleitung durch die Hebamme/Laktationsberatung hingewiesen werden und zeitgleich keine Tumorthherapie (auch antihormonelle Therapie) erfolgen.

■ Symptome nach Mammakarzinom

Wir sehen in den Zentren häufig metastasierte Patientinnen, die über längere Zeiträume von verschiedenen Fachkollegen symptomatisch (z. B. bei Kopfschmerzen oder Knochenschmerzen) behandelt wurden, bevor eine onkologische Diagnostik und Abklärung erfolgte.

Insbesondere bei jungen Mammakarzinompatientinnen ist das Rückfallrisiko generell erhöht und die Metastasierung manifestiert sich häufig viszeral und zerebral.

Oft liegt die Mammakarzinomerkrankung dieser bei Ersterkrankung jungen Frauen viele Jahre zurück, und die Patientin selbst hat nie einen Hinweis auf die Vorerkrankung bei

der fachärztlichen Behandlung gegeben. Umso wichtiger ist uns der Hinweis darauf, dass auch diese Information im Rahmen der Nachsorge an jede Mammakarzinompatientin weitergegeben werden muss und auch Bestandteil von fachärztlichen Überweisungsinformationen sein sollte.

■ **Lokalrezidiv der jungen Patientin**

Junges Alter ist ein Risikofaktor für das Auftreten von Lokalrezidiven nach Primärerkrankung. Daher spielt die bildgebende Nachsorge hier eine besonders wichtige Rolle. Bezüglich Diagnostik und Therapie besteht kein altersbezogener Unterschied beim Lokalrezidiv (www.ago-online.de).

■ **Metastasiertes Mammakarzinom der jungen Patientin**

Bei primärer oder späterer Metastasierung (MBC) besteht in der Therapieplanung kein am Alter orientierter Unterschied. Bekannt sind – durch die Tumorbiologie bedingte – Unter-

schiede in der Metastasenlokalisierung z.B. mit vermehrt zerebralen Metastasen. Voraussetzung für die Behandlung ist die interdisziplinäre Therapieplanung. Ein erhöhter Einschluss junger Patientinnen in die angebotenen Therapiestudien der großen Abteilungen ist wünschenswert und aufgrund verlängerter progressions- und überlebensfreier Intervalle im Einsatz der neuen Therapiesubstanzen beim MBC auch sehr empfehlenswert. In das Therapiekonzept der metastasierten und später palliativen Patientin müssen oft auch spezielle Fragestellungen wie Kommunikation mit den Kindern, Versorgung der Kinder (bei zunehmend alleinerziehenden Müttern), (sozial-)rechtliche und finanzielle Aspekte mit einfließen. Oft definieren junge Frauen die Lebensqualität eher mit dem Fokus Lebenszeitverlängerung als ältere Patientinnen. Diagnostik und Therapie des MBC unterscheiden sich nicht altersabhängig (s. Empfehlungen zum ABC1 (2)).

Zusammenfassung

Aufgrund der geringen Inzidenz aber erhöhten Rückfallrate und Mortalität und der biologischen Unterschiede sowie anderen Tumorstadien, insbesondere aber aufgrund der speziellen, altersgruppenkorrelierten Bedürfnisse der jungen Mammakarzinompatientin (<40. bzw. 35. Lebensjahr) stellt die Behandlung dieser jungen Frauen eine große Herausforderung für das gesamte Behandlungsteam in der Praxis, in den Spezialabteilungen und im Brustzentrum dar. Die interdisziplinäre Konferenz ist Voraussetzung für einen individuellen Behandlungsplan. Dabei ist vor allem wichtig, dass Brustkrebs auch bei der jungen Patientin kein medizinischer Notfall ist und die nötige Zeit für eine komplette Diagnostik und Beratung sowie gegebenenfalls Zweitmeinung immer zur Verfügung steht.

Grundsätzlich unterscheiden sich die lokalen und medikamentösen Behand-

Wichtige Links

- Leitlinien der AGO: www.ago-online.de
- S3-Leitlinie und Liste zertifizierter Brustzentren und Veranstaltungen: www.senologie.org
- Wichtige Daten zum Mammakarzinom: www.krebsdaten.de
- Informationsblätter u. a. zur genetischen Beratung: www.krebsinformationsdienst.de
- Allgemeine und (sozial)rechtliche Beratungsangebote: www.bayerische-krebsgesellschaft.de oder www.brustkrebsdeutschland.de
- Kinderwunsch bei und nach Mammakarzinom: www.fertiprotekt.de
- Selbsthilfegruppe für junge Patientinnen: www.brca-netzwerk.de
- Register für Mammakarzinom in und unmittelbar nach Schwangerschaft: www.germanbreastgroup.de
- Selbsthilfegruppe für Partner brustkrebskranker Frauen: www.frauenselbsthilfe.de
- Spezielle Angebote für junge Mütter mit Mammakarzinom: www.rvfs.de
- Spezielle Angebote für die Kinder betroffener Mütter: www.verbund-kinder-krebskranker-eltern.de

lungsformen nicht altersabhängig, es kommen aber weitere Aspekte mit hinzu, die vor allem die spezielle Lebenssituation der Frau berücksichtigen. Die jährlich aktualisierte AGO-Leitlinie berücksichtigt auch die Aspekte der jungen Mammakarzinompatientin. In vielen Bereichen fehlen ausreichende Studiendaten, dies betrifft neben der onkologischen Diagnostik und Therapie auch die Vermeidung von Über- und Untertherapie und die (langfristige) Lebensqualität der betroffenen Frauen.

Einer Hochrisikogruppe gehören die unter 35-jährige Mammakarzinompatientin oder die Patientin mit Diagnose eines Mammakarzinoms in der Schwangerschaft an. Die Behandlung dieser Patientinnen sollte in einem interdisziplinären, spezialisierten Zentrum erfolgen, um zusätzlich zum Brustzentrums-Netzwerk Beratung aus den Bereichen Genetik, Kinderwunsch, Perinatologie, spezialisierter Psychoonkologie und Supportangebote sowie Studienangebote vorzuhalten und den Frauen die höchste Behandlungskompetenz durch erfahrene Experten anzubieten. Hierbei spielen die sehr aktiven Selbsthilfegruppen von jungen Patientinnen eine wichtige Rolle im Informationsaustausch.

Trotz steigender Inzidenz bei jungen Frauen zeigt sich erfreulicherweise, wie beim Combating Meeting 2013 demonstriert, eine zunehmend verbesserte Prognose bezüglich Morbidität und Mortalität insbesondere bei der jungen Patientin – hier scheint der Erfolg der personalisierten Mammakarzinomtherapie subgruppenspezifisch und ein entsprechendes Informations- und Begleitangebot deutlicher als in anderen Altersgruppen.

Neben einer Tabelle mit wichtigen Links und Informationen (s. Kasten oben) möchten wir alle niedergelassenen Kollegen auffordern, aktiv die Mitbetreuung während der Behandlungsphase und auch in der Nachsorge in enger Kooperation und Kommunikation mit dem behandelnden Brustzentrum zu begleiten und gerade der jungen Patientin als kontinuierlicher Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Eine besondere Aufgabe fällt ihnen auch in der Prävention und Früherkennung zu, die die wichtigsten Prognoseparameter für unsere gemeinsam betreuten, jungen Patientinnen sind.

Die Bedeutung der Spezialthematik „Junge Patientin und Mammakarzinom“ zeigt sich auch in der zweiten

„Breast Cancer in Young Women“-Konferenz, die vom 5.–7. November 2014 in Tel Aviv stattfinden wird (www.eso.net).

Literatur

1. Borgmeyer S et al.: Zentralvenöse Portsysteme, Indikation, korrekte Verwendung im klinischen Alltag und Management von Komplikationen. *Frauenarzt* 54 (2013) 1090–1098.
2. Cardoso F et al.: 1st International consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC 1). *Breast* 21 (2012) 242–252. doi: 10.1016/j.breast.2012.03.003. Epub 2012 Mar 16.

Interessenkonflikterklärung

Die korrespondierende Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.



Für die Autoren

Dr. med. Rachel Würstlein

Brustzentrum am Klinikum der Universität München, Standorte Großhadern und Maistraße-Innenstadt
Marchioninstr. 15
81377 München
rachel.wuerstlein@med.uni-muenchen.de