

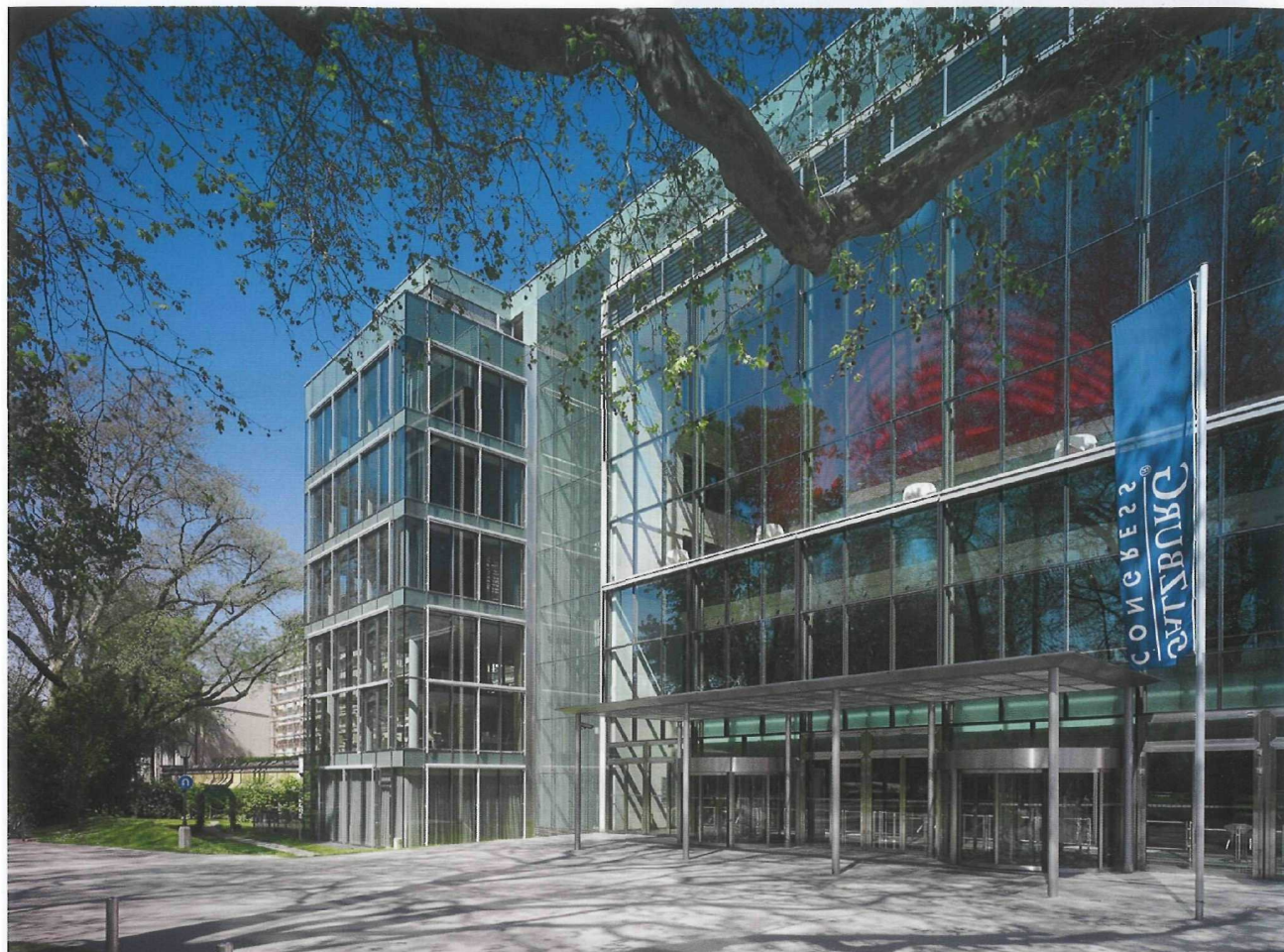


»OBSERVER«



KONGRESS

SENOLOGIE



© Salzburg Congress, Kirchberger

Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Senologie

29. September bis 1. Oktober, Salzburg

Im Fokus: die weibliche Brust

Wer sich über die wichtigsten und neuesten Entwicklungen in Diagnostik und Therapie von Brustkrebserkrankungen informieren wollte, kam in diesem Jahr nach Salzburg. In zweijährigen Intervallen treffen sich senologisch Tätige verschiedener Disziplinen aus Österreich und der Schweiz zur gemeinsamen Jahrestagung, in diesem Jahr vom 29. September bis 1. Oktober.

Mit rund 300 Gästen und 20 Ausstellern war es eher ein kleines Treffen, jedoch mit sehr interessanten Themen. Beteiligt waren alle Fachbereiche wie Chirurgie, Gynäkologie, internistische Onkologie, Radiologie, Radiotherapie und Radioonkologie, Pathologie und plastische Chirurgie, aber auch Breast Care Nurses aus Österreich und der Schweiz.

B3-Risikoläsionen

Eine der ersten Sitzungen befasste sich mit B3-Risikoläsionen, benignen Läsionen also, die aber ein unsicheres biologisches Potenzial haben. Diese histopathologische Diagnose hat nach Ansicht der Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Senologie, Prof. Angelika Reiner, äußerst weitreichende Implikationen hinsichtlich aktueller Problemstellungen im Management des Mammakarzinoms. Überdiagnose bzw. -therapie im Zusammenhang mit dem Mammografiescreening würden untrennbar damit zusammenhängen, wie kritisch man die Risikoläsionen beurteilt. Nicht nur die Betroffenen, sondern auch die behandelnden Ärzte seien hier oft überfordert und in einem Entscheidungs-dilemma: beruhigen und zurück ins Screening gehen oder operieren?

Pathologie des BRCA-assozierten Mammakarzinoms

Die Frage nach der richtigen Therapieentscheidung ergibt sich für den Arzt gerade beim Verdacht auf ein familiäres Mammakarzinom: Bei etwa einem Viertel aller Frauen treten vermehrt Brustkrebsfälle in der Familie auf. Aus Angst, ebenso an Brustkrebs zu erkranken, fragen viele dieser Frauen nach einer prophylaktischen Mastektomie, besonders seit einige Prominente damit Schlagzeilen machten. Doch nur bei maximal 10% der Brustkrebserkrankungen handelt es sich tatsächlich um ein genetisch bedingtes Mammakarzinom. Zu den schon länger bekannten sogenannten Brustkrebsgenen zählen BRCA1 und BRCA2, in letzter Zeit wurden weitere entdeckt, etwa RAD51C und PALB2. Diese Gene enthalten den Bauplan bestimmter Enzyme, die normalerweise an Reparaturvorgängen in den Zellen beteiligt sind und damit vor Krebs schützen. Bei Mutationen in BRCA1 und BRCA2

funktioniert dieser Reparaturmechanismus nicht mehr, Krebs kann entstehen, vor allem Brustkrebs. Zudem entwickelt sich ein Mammakarzinom bei diesen Frauen meist bereits um das 40. Lebensjahr (sonst um das 60. Lebensjahr).

Die Mutation im BRCA1- oder BRCA2-Gen induziert auch ein erhöhtes Risiko für Eierstockkrebs: Rund 40 bis 50% aller Frauen mit einem mutierten BRCA1 und etwa 20% der Frauen mit einem mutierten BRCA2 erkranken bis zum 70. Lebensjahr an einem Ovarialkarzinom, manchmal zusätzlich zum Mammakarzinom.

Mutationen dieser beiden Brustkrebsgene erhöhen übrigens auch bei Männern das Risiko eines Mammakarzinoms: bei einer BRCA1-Mutation um 2%, bei einer BRCA2-Mutation sogar um 7%.

BRCA-assozierte Tumoren und „Karzinophobie“

Wie stark sich diese Mutationen auf die Entstehung eines Mammakarzinoms tatsächlich auswirken, wird derzeit genauer untersucht. Möglicherweise wirken sich manche Genmutationen nur dann risikosteigernd aus, wenn weitere ungünstige Faktoren hinzukommen. Schließlich erkranken nicht alle Frauen mit diesen Genmutationen an Brustkrebs. Aufgabe des Arztes ist es, aufzuklären und die Patientin vor einer „Karzinophobie“ zu bewahren: Eine familiäre Belastung liegt nur vor, wenn erstgradig Verwandte betroffen sind. Diese Frauen sollten sich einer genetischen Testung in einem dafür spezialisierten Zentrum unterziehen.

Unbehandelt, so warnte Dr. Natalie Büel-Drabe, Zürich, drohten bei einer Karzinophobie nämlich oft ein mit hohen Gesundheitskosten verbundener „Patiententourismus“ und ggf. eine Überdiagnostik ohne Reduktion der eigentlichen Symptomlast der Betroffenen, nämlich der Furcht, generalisierten Angststörungen und häufig behandlungsbedürftigen Depressionen.

Molekularpathologisch lassen sich BRCA1- und BRCA2-assozierte Mammakarzinome durch verschiedene Signaturen in der Zellzyklusregulation unterscheiden: Bei BRCA1-assozierten Karzinomen werden die Cycline A, B1 und E sowie das SKP2-Protein aktiviert, dagegen ist die Expression von Cyclin D1 und p27 mit einer BRCA2-Mutation assoziiert.

Wie kürzlich festgestellt wurde, bietet auch die Inhibierung der RANKL-RANK-Kaskade (Osteoklasten), wie bei einer Osteoporose, eine vielversprechende Strategie zur Prävention eines BRCA1-assozierten Mammakarzinoms, so Assoz. Prof. Zsuzsanna Bagó-Horváth, Wien.

Mammarekonstruktion: Eigengewebe oder Implantat?

Schon seit Langem werden weltweit die meisten Brustrekonstruktionen nach einer tumorbedingten Entfernung mit Implantaten durchgeführt. Neuentwicklungen wie azelluläre dermale Matrices (AMD) und langsam resorbierbare Netze erleichtern eine sofortige Rekonstruktion. Konkurrierende oder ergänzende Techniken wie der Brustaufbau mit autologem Gewebe haben sich nach Ansicht von Prim. Univ.-Doz. Rupert Koller, Wien, sich parallel dazu rasant entwickelt. Die in seiner Abteilung mit einer Brustrekonstruktion behandelten Frauen wurden eingehend analysiert: Anhand von über 600 Fällen zeigte sich, dass die Patientinnen mit Implantatrekonstruktionen signifikant häufiger operiert wurden und eine höhere Rate an Fehlschlägen verzeichneten. Dagegen erwies sich das vordergründig aufwendigere Eigengewebeverfahren als das nachhaltigere und komplikationsärmere.

Sein Fazit: Hinsichtlich der Methodenwahl gibt es heute ein breites Spektrum – von der Verwendung von Implantaten bis zum Wiederaufbau mit mikrochirurgisch verpflanztem Eigengewebe. Die einzelnen Verfahren sollten nicht als konkurrierend betrachtet werden, sondern es sollte anhand klarer Empfehlungen und Erfahrungswerte für jede Patientin die individuell beste Lösung gefunden werden. ■

Bericht: Helga Vollmer, MA

■1215

Quelle:

Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (Joint Swiss and Austrian Senology Symposium), 29. September bis 1. Oktober 2016, Salzburg