

Frauen mit hohem Risiko

Eine neue Leitlinie gibt Orientierung für die Prävention bei Hochrisikopatientinnen für Brust- und Eierstockkrebs. ▶ 7

Prävention und Früherkennung von Brust-/Eierstockkrebs bei Hochrisikopatientinnen

Keine generelle Empfehlung zur OP

WIEN – Ende Juni wurde im Wiener Billrothhaus die neue österreichische Leitlinie zur Prävention und Früherkennung von erblich bedingtem Brust- und Eierstockkrebs präsentiert. Damit ist die Voraussetzung dafür geschaffen, dass Hochrisikopatientinnen standardisiert betreut werden können.



Klare Richtlinien erleichtern die Betreuung von Frauen mit hohem Krebsrisiko.

„Die neue Leitlinie formuliert endlich klare Kriterien für die Früherkennung und Prävention von Hochrisikopatientinnen“, unterstreicht Univ.-Prof. Dr. THOMAS HELBICH, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Senologie (ÖGS), die Bedeutung der Richtlinien. „Diese Kriterien sollten besonders im niedergelassenen Bereich nun von allen verstanden, anerkannt und für alle Patientinnen bestmöglich eingesetzt werden.“

Voraussetzungen

Damit diese neue Leitlinie erarbeitet werden konnte, musste zuerst einiges passieren. Zum Beispiel musste verstanden werden, wie erblicher Brust- und Eierstockkrebs erkannt werden kann. Zuvor war bereits bekannt, dass etwa jede zehnte Erkrankung in einer Risikofamilie auftritt. Nachdem vor 18 Jahren das erste „Brustkrebsgen“ BRCA1 gefunden wurde und ein Jahr später bereits das zweite, BRCA2, konnten in der Zwi-



Univ.-Prof. Dr.
Thomas Helbich

schenzeit bis heute viel genauere Erkenntnisse zum persönlichen Risiko von Mutationsträgerinnen gewonnen werden.

Inzwischen können BRCA-Mutationsanalysen in Österreich flächendeckend gewährleistet werden. Prognosen über das individuelle Erkrankungsrisiko einzelner Patientinnen sind dadurch heute deutlich valider. Ermöglicht wurde dies durch die gemeinsame Unterstützung durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger, des Gesundheitsministeriums und der

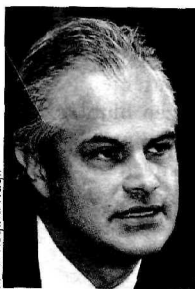


Die Leitlinie

Die Leitlinie wurde unter Berücksichtigung des aktuellen Positionspapiers der EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists, Eur J Cancer 2010 May; 46 [8]: 1296–316) erstellt und im April 2012 angenommen. Im Internet ist sie abrufbar unter: www.senologie.at/aktuelles/neue-leitlinie-zur-praevention-und-frueherkennung-von-brust-und-eierstockkrebs-bei-hochrisikopatientinnen

Stadt Wien für das AKH. „Österreich geht damit vielen Ländern beispielhaft voraus“, freut sich Univ.-Prof. Dr. CHRISTIAN SINGER, Leiter der Abteilung für Senologie an der Wiener Universitätsklinik für Frauenheilkunde.

Um als Hochrisikopatientin identifiziert zu werden, ist aber die BRCA1/2-Mutation nur eines der Kriterien. Auch Frauen mit einem Erkrankungsrisiko von über 20



Univ.-Prof. Dr.
Christian Singer

Prozent aufgrund einer bestimmten Inzidenzrate in der Familie (z.B. ein Brustkrebsfall vor dem 35. Lebensjahr oder zwei Fälle vor dem 50. Lebensjahr etc.) oder aber mit Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. Lebensjahr werden als Hochrisikopatientinnen bezeichnet.

Früherkennung

Zusammenfassend wird Folgendes empfohlen (Singer CF et al., Wi kli Wo 2012, May 28):

- ▶ Jährliche gynäkologische Untersuchungen inklusive einer ärztlichen Brustuntersuchung ab dem 18. Lebensjahr.
- ▶ Ab 25 bzw. im Alter von fünf Jahren vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie eine jährliche Brust-MRT. Bei Patientinnen, die gestillt haben, mit der Untersuchung nach dem Abstillen mindestens zwei Monate zuwarten.
- ▶ Eine vierteljährliche Mammasonographie wird empfohlen, falls eine MRT nicht zu Verfügung steht, sowie bei Schwangeren oder Stillenden
- ▶ Ab dem 35. Lebensjahr schließlich jährlich eine Mammographie, eine Vaginalsonographie und einen TU-Marker-Test (CA 125).

Genauere Informationen und nähere Spezifikationen sind der Leitlinie zu entnehmen.

Dass ab dem 25. Lebensjahr bei Hochrisikopatientinnen der Einsatz der Magnetresonanztomographie (MR-MG)/Brust-MRT empfohlen wird, liegt daran, dass dies die sensitivste bildgebende Untersuchung ist (Studien zeigen, dass Tumore mit Brust-MRT etwa doppelt so häufig detektiert werden wie mit der jährlichen Mammographie oder mit Ultraschall-Un-

tersuchungen) und zudem die – noch jungen – Patientinnen keiner Strahlenbelastung ausgesetzt werden. Erst ab dem 35. Lebensjahr wird eine Mammographie empfohlen, einmal wegen der erhöhten Strahlensensibilität und außerdem, weil bei jüngeren Patientinnen das dichtere Drüsengewebe die Beurteilung der Bilder erschwert.

Prävention

Eine generelle Empfehlung zu einer prophylaktischen Operation wird in der Leitlinie nicht gegeben. Vielmehr müssen die Risikoneigung und die Lebensplanung individuell berücksichtigt werden. Einer Patientin darf ein solcher Eingriff nur nach ausführlicher Aufklärung und non-direktiv angeboten werden.

Bei BRCA-Mutationsträgerinnen reduziert eine prophylaktische bilaterale Mastektomie das Risiko einer

Brustkrebserkrankung um 95 Prozent. Bei Frauen aus Familien mit mehreren Fällen von Brust- und/oder Eierstockkrebs konnte hingegen keine Senkung der Brustkrebsmortalität durch den Eingriff belegt

werden. Eine prophylaktische bilaterale Salpingoveraktomie senkt bei BRCS-Mutationsträgerinnen das Brustkrebsrisiko um die Hälfte und das Eierstockkrebsrisiko um rund 80 Prozent.