



Gemeinsame Jahrestagung der Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Senologie, Salzburg (29. 9. – 1. 10. 2016)

Senologie 2016

In 2-jährigen Intervallen treffen sich die senologisch Tätigen verschiedener Disziplinen aus Österreich und der Schweiz zu einem gemeinsamen Update: ein Pflichttermin, um die wichtigsten und neuesten Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie von Brusterkrankungen zu diskutieren, aber auch für länderübergreifenden Ideenaustausch und Netzwerkpflge.

Redaktion und Interview: Peter Lex

Einleitend zu unserem Heftschwerpunkt mit prominenten Themen aus dem Programm der Gemeinsamen Jahrestagung der Fachgesellschaften für Senologie beider Länder ein Interview mit Prim. Univ.-Prof. Dr. Angelika Reiner in ihrer Funktion als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Senologie (ÖGS):

GYN-AKTIV: Welche Themen/Highlights dominieren den wieder gemeinsam mit der Schweizer Gesellschaft für Senologie durchgeführten Jahreskongress 2016 der ÖGS?

Prim. Univ.-Prof. Dr. Angelika Reiner: Gleich unsere Sitzung zu Beginn ist den B3-Risikoläsionen gewidmet. Diese histopathologische Diagnose hat äußerst weitreichende Implikationen hinsichtlich aktueller Problemstellungen im Management des Mammakarzinoms. Überdiagnose bzw. -therapie in Zusammenhang mit dem Mammografiescreening etwa hängen untrennbar damit zusammen, wie kritisch man Risikoläsionen beurteilt.

Ein immer größeres Thema im Screeningzusammenhang ist auch die psychologische Situation von mit der Diagnose einer Risikoläsion konfrontierten Frauen. Nicht nur Betroffene, sondern auch die behandelnden Ärztinnen sind hier oft überfordert und geraten in

Entscheidungsdilemmas: Soll man eher beruhigen und zurück ins Screening gehen oder das Risiko möglicherweise zu ernst nehmen und operieren? Die Patientinnen werden mündiger und stellen auch immer kritischere Fragen. Wenn sich das dann fatalerweise mit einer Karzinophobie bzw. auch berechtigten Karzinomangst verbindet, ist der Druck oft groß, zu viel zu machen. Der plastische Chirurg Prof. Koller berichtet über Fälle von Frauen, die eine prophylaktische Mastektomie nur aufgrund von Risikoläsionen gewünscht und bekommen haben. Deshalb betrachte ich das Thema Krebsangst als sehr wichtig und als eine essenziell notwendige thematische Bereicherung der Diskussion von Risikoläsionen. Ein Dauerbrenner bleibt natürlich das familiäre Mammakarzinom. Mir ist es wichtig zu betonen, dass nur ein kleiner Teil der Karzinome, etwa 10 %, tatsächlich im Sinn eines familiären Karzinoms genetisch bedingt ist. Man spricht viel zu oft von familiärer Belastung, auch wenn nicht erstgradig Verwandte betroffen sind – und nur die sind wichtig, um eine genetische Beratung anzudenken. Da können wir nicht genug aufklären. Und: Angst nehmen! Auch hier geht es um Karzinophobie.

Der Betonung der interdisziplinären Sichtweise von Brusterkrankungen als „Mission Statement“ der ÖGS folgt auch ein



Prim. Univ.-Prof. Dr. Angelika Reiner
Leiterin des Pathologisch-Bakteriologischen Instituts, Donauespital, Wien; Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Senologie

Rotationsprinzip der Fachrichtungen bei den Präsidentschaften – wie kommentieren Sie als Pathologin die Fortschritte der personalisierten Therapie beim Mammakarzinom?

Mit der Bestimmung des Östrogenrezeptors passiert so genannte personalisierte Therapie beim Mammakarzinom ja schon sehr lange – Ende der 1970er-Jahre hat man in Österreich sehr früh damit begonnen. Durch die technischen Möglichkeiten in der molekularpathologischen Diagnostik und die Fortschritte der letzten Jahre kann man natürlich heute sehr viel besser ein individuelles Risikoprofil bestimmen.

Der zusätzliche große Vorteil von multigenomischen Assays ist, dass sie ein „Schwarzweiß“-Ergebnis liefern – Risiko hoch oder niedrig. Im klinischen Alltag tut man sich natürlich mit einer Ja-nein-Aussage viel leichter, als wenn das Ergebnis wie für traditionelle Parameter in einem Kontinuum von Werten abgebildet wird. Dass wir mehrfach im Entscheidungsprozess Interpretations-



ÖGS-Jahrestagung 2016

17

spielraum haben, ist ja eines der Probleme, mit denen wir in der immunhistochemischen Rezeptorbestimmung oder auch beim Proliferationsmarker Ki-67 konfrontiert sind: der Pathologe muss es im Mikroskop beurteilen, der Kliniker fällt bei Ergebnissen im Graubereich eine Entscheidung in die eine oder andere Richtung. Diese Problematik ist bei der Anwendung der multigenomischen Tests minimiert. Als ÄrztInnen haben wir immer die individuelle PatientIn im Blick und fühlen uns durch Algorithmen, insbesondere statistisch basierte, in unserer Entscheidungsmöglichkeit in gewisser Weise beschränkt. Gleichzeitig kann unsere Fürsorglichkeit für die PatientInnen und damit unsere eigene Psyche eine teilweise kontraproduktive Rolle spielen. Dieses Dilemma wird durch die Entscheidungsfindung mit multigenomischen Tests entschärft.

Der Pathologe war bisher gewohnt, im Mikroskop sichtbare Veränderungen zu beurteilen und damit ein Ergebnis zu fixieren, das aus dem Gewebe resultiert. Dieser Prozess gehört zu den ureigensten Aufgaben bzw. Kompetenzen der Pathologie. Daher mussten Pathologen einiges lernen, wenn jetzt mit multigenomischen Assays das Gewebe nicht unter dem Mikroskop analysiert wird. Das bedarf eines längeren Prozesses. Für viele der älteren Generation ist es noch immer schwer vorstellbar, etwas zu beurteilen, was nicht im Mikroskop zu sehen ist. Die Jungen haben damit weniger Berührungsängste – aber auch weniger Erfahrung mit dem Bild im Mikroskop. Da muss man im Sinne einer Ergebnisoptimierung generationenübergreifend zusammenarbeiten.

Anfang 2015 hat die ÖGS die Kostenübernahme für Genexpressionstests gefordert, die unnötige Chemotherapien ersparen könnten. Hat sich hier etwas bewegt?

Es geht bei dieser unserer Forderung darum, dass die Patientinnen in den Genuss von Tests kommen, deren Nutzen wissenschaftlich eindeutig nachgewiesen ist. Auch wenn sich hinsichtlich einer generellen Erstattung meines Wissens nicht wirklich etwas getan hat, kann ich mit einem gerade erst positiv finalisierten Projekt eine Erfolgsgeschichte präsentieren, auf die ich sehr stolz bin: Mit Startschuss 1. September 2016, nach vorher abgeschlossener Einschulungsphase und Probebetrieb

im Donauespital, können wir zumindest in allen Wiener städtischen Spitalern (KAV) allen Patientinnen kostenlos Genexpressionstests anbieten. Ich darf diese in meinem Institut für alle Wiener Häuser bearbeiten. Es wird natürlich noch ein paar Jahre dauern, bis wir mit guten Daten zeigen können, dass der Einsatz im klinischen Betrieb auch wirtschaftlich sinnvoll ist, da wir damit unnötige Chemotherapien einsparen können. Man kann jedoch festhalten, dass ab nun zumindest regional begrenzt ein Genexpressionstest außerhalb von Studien für die tägliche Routine kostenlos zur Verfügung steht.

Um aus Anlass der Kongresskooperation mit der SGS auf länderübergreifenden Erfahrungsaustausch zurückzukommen: Beim Mammografiescreening, das in Österreich bekanntlich eine holprige Startphase durchläuft, gibt es in vergleichbaren Ländern wie der Schweiz, aber auch in Deutschland durchaus unterschiedliche Konzepte?

Die Unterschiede spiegeln auch die unterschiedlichen Traditionen der Länder. Deutschland hat es rigoros und strikt organisiert, in der Schweiz ist es sehr autonom föderalistisch – auch dem Image entsprechend – geregelt, in Österreich nach langem Hin und Her schließlich doch mit großzügiger Genehmigung des Ultraschalls. Relevant sind für mich jedoch eher die Gemeinsamkeiten: Wir haben beim deutschen Senologie-Kongress im Juni in Dresden eine Freundschaftssitzung aller 3 Länder gehabt, bei der sich als Verbindendes aller deutschsprachigen Länder ein ziemlich großes Kritikpotenzial konstatieren ließ. Die großen Vorbehalte spiegeln sich dann in den Teilnahmefrequenzen – welche in Deutschland etwa trotz erheblicher Anstrengungen nicht wirklich mehr steigerbar sind. Und auch in der deutschsprachigen Schweiz ist man – im Gegensatz zur französischsprachigen – sehr reserviert: Das nun in Basel eingeführte Screening soll nach Aussagen der Verantwortlichen für lange Zeit das letzte in den deutschsprachigen Kantonen bleiben.

In Österreich sind die Probleme bekannt: Organisationsmängel und Dokumentationslücken – wir warten noch immer auf valide Zahlen zur Karzinomfrequenz – und eigentlich wünschen sich viele das opportunistische Screening zurück.

Ich sehe das Gemeinsame also in einer skeptischen Grundhaltung im deutschsprachigen Bereich.

Wird ein Mammografie-basiertes Screening mit den bekannten Nachteilen von Überdiagnose und Übertherapie nicht von aktuellen radiologischen Neuentwicklungen überholt?

Ich würde sagen, es ist nicht das Screening überholt, aber man muss die Methoden anpassen, wenn moderne bzw. aussagekräftigere entwickelt werden. Das Hauptproblem ist, dass richtige Diagnosen gestellt werden und dadurch Überdiagnose und Übertherapie, aber auch Unterdiagnose und Untertherapie – falsch-negative Befunde – vermieden werden. Das ist natürlich eine Gratwanderung, weil jede Methode ihre Grauzone hat und der Cut-off nicht eindeutig ist. Gelingt es mit einer modernen neueren Methode die Grauzone zu verkleinern – wunderbar!

Ein Kurzresümee Ihrer ÖGS-Präsidentschaft?

Ich habe mich sehr gefreut, dass ich nach 1999–2000 nun ein zweites Mal Präsidentin sein durfte. In diesem Zusammenhang freut mich ebenso, jetzt als Abschluss den aktuellen Kongress mit der Schweizer Gesellschaft abzuhalten und die Vernetzung der beiden Länder zu forcieren – seinerzeit hatte ich ja die Ehre, die erste 3-Länder-Tagung zu organisieren. Das Konzept der Vernetzung mit den Nachbarländern hat gehalten, ist fortgeführt worden und der Austausch mit der Schweiz funktioniert nicht zuletzt deshalb hervorragend, weil die Länder ähnlich groß sind und mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind.

Die Interdisziplinarität, die wir uns zuvorderst auf die Fahnen geschrieben haben, ist im Lauf der Jahre immer intensiver geworden, auch wegen der methodischen Fortschritte in der Diagnostik und Therapie. Die personalisierte Medizin erfordert forciert das interdisziplinäre Gespräch. In unserer Mitgliederstruktur, aber auch in der Konzeption unserer Kongresse sind wir hinsichtlich der Vielfalt der beteiligten Disziplinen meines Wissens noch immer eine Ausnahme-Fachgesellschaft. Es ist allen Beteiligten bewusst, dass sie ohne die anderen nicht können – es ist kein Widerspruch, wenn die Psychologin und der Pathologe in einer Sitzung sprechen. ■