



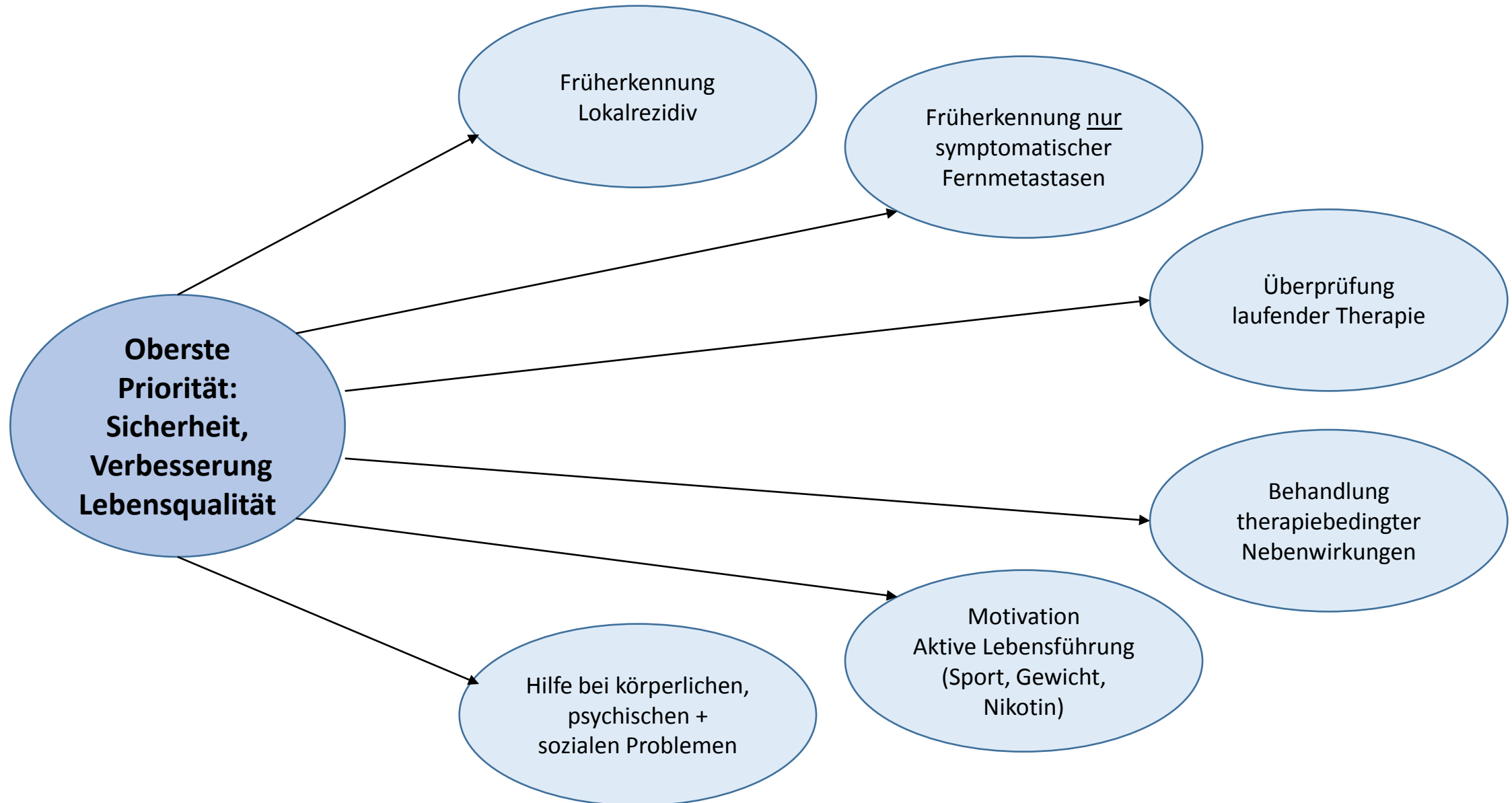
# **Gesund ins Jahr 2014**

## **Nachsorge: Leitliniengerecht und/oder individuell**

**Jens-Peter Kruse - Oberarzt der Klinik für Senologie und Brustchirurgie am Marien Hospital**

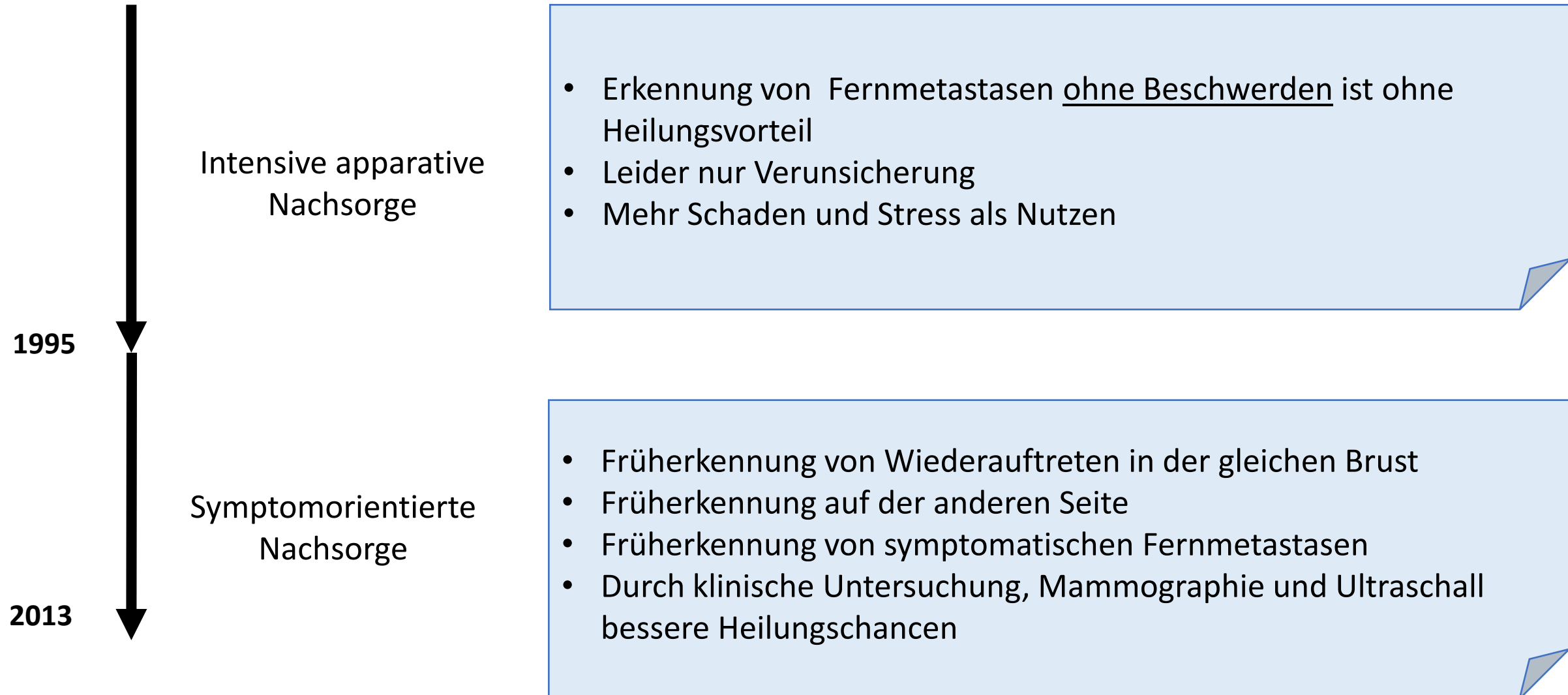


# Ziele der Nachsorge





# Wandel der Nachsorge

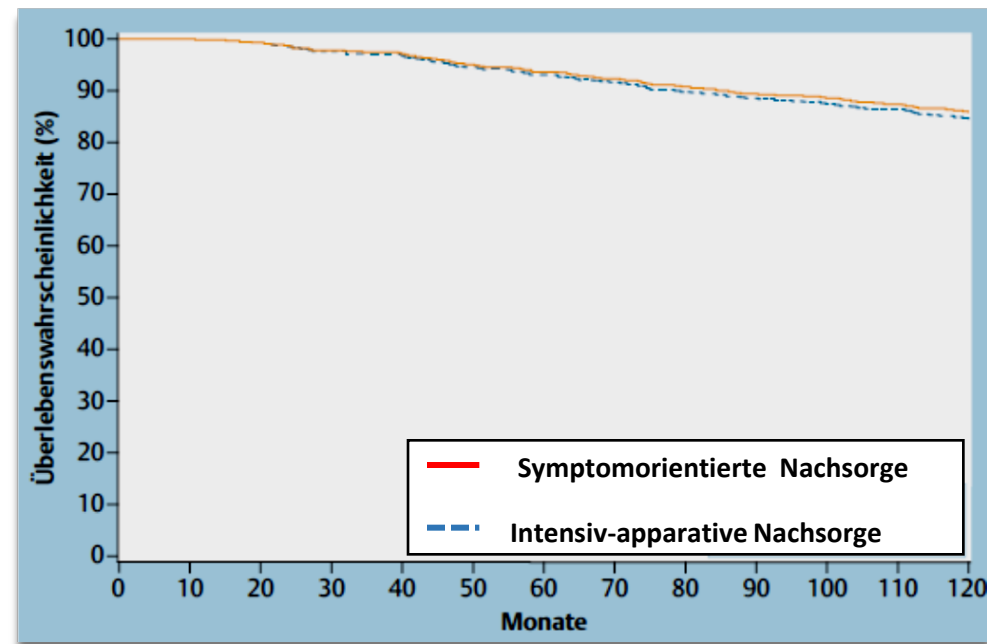




# Symptomorientierte Nachsorge ist effizient

## 10 Jahres Update (2012); Feldstudie Onkol. Schwerpunkt Stuttgart:

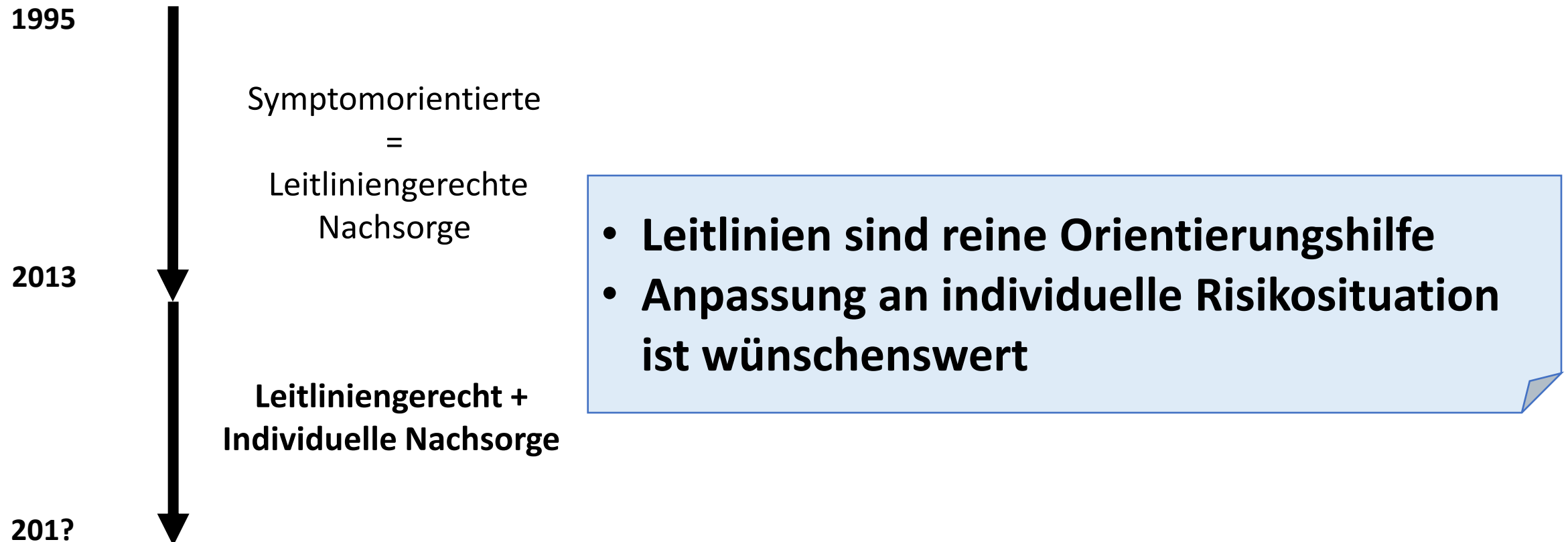
- apparative Nachsorge ohne Vorteil gegenüber symptomorientierter klinischer Nachsorge
- Dies gilt für alle Stadien: Es gibt keinen Unterschied!



Quelle: S. Bornhak, E. Heidemann et al, DMW 2012; 137



# Wandel zur leitliniengerechten und individuellen Nachsorge





# Nachsorge meist in der Praxis und selten in der Klinik

	Jahre nach Primärtherapie	1	2	3	4	5	6/mehr
<b>Meist: Gynäkologe</b>	Anamnese	¼-jährlich		½-jährlich		jährlich	
	Körperl. Untersuchung	¼-jährlich		½-jährlich		jährlich	
	Mammografie kontralat. Brust	jährlich					
	Mammografie BET operierte Brust und Mammasonographie (bds.)	½-1 x jährlich (DCIS: jährlich)		jährlich			
	Labor (BB/Leberwerte/TU-Marker...)	Nicht routinemäßig! Nur bei klinischer Symptomatik					
	Vag-US unter Tamoxifen						
	Abdomensonographie						
	Rö-Thorax						
	Knochenszintigraphie						
	Krebsvorsorge	jährlich					
<b>Patientin</b>	Selbstuntersuchung der Brust	monatlich					
	Selbstbeobachtung körperl. Symptome	kontinuierlich					

- Selten:**  
**Abklärung durch Klinik**
- Bei Auffälligkeiten
  - Zweitmeinung
  - Gezielte Fragestellung





# Individuelle Nachsorge ist sehr komplex

Tumorstadium	Tumorbiologie	Therapie	Ansprechen	Humangenetik	Bildgebung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Größe</li> <li>• Lymphknoten</li> <li>• Grading</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Luminal A</b></li> <li>• Luminal B</li> <li>• HER2+</li> <li>• Triple-neg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OP, RT</b></li> <li>• <b>Schnittgrenzen</b></li> <li>• <b>Endokrine Ther.</b></li> <li>• <b>Chemo</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>auf Chemo: pCR</b></li> <li>• Endokrin: Ki-67</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Famil. Häufung</li> <li>• BRCA-Mutation</li> <li>→ Intensivierte Nachsorge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brustdichte</li> <li>• Primär okkultes Karzinom</li> </ul>

## Was heißt individuelle Nachsorge:

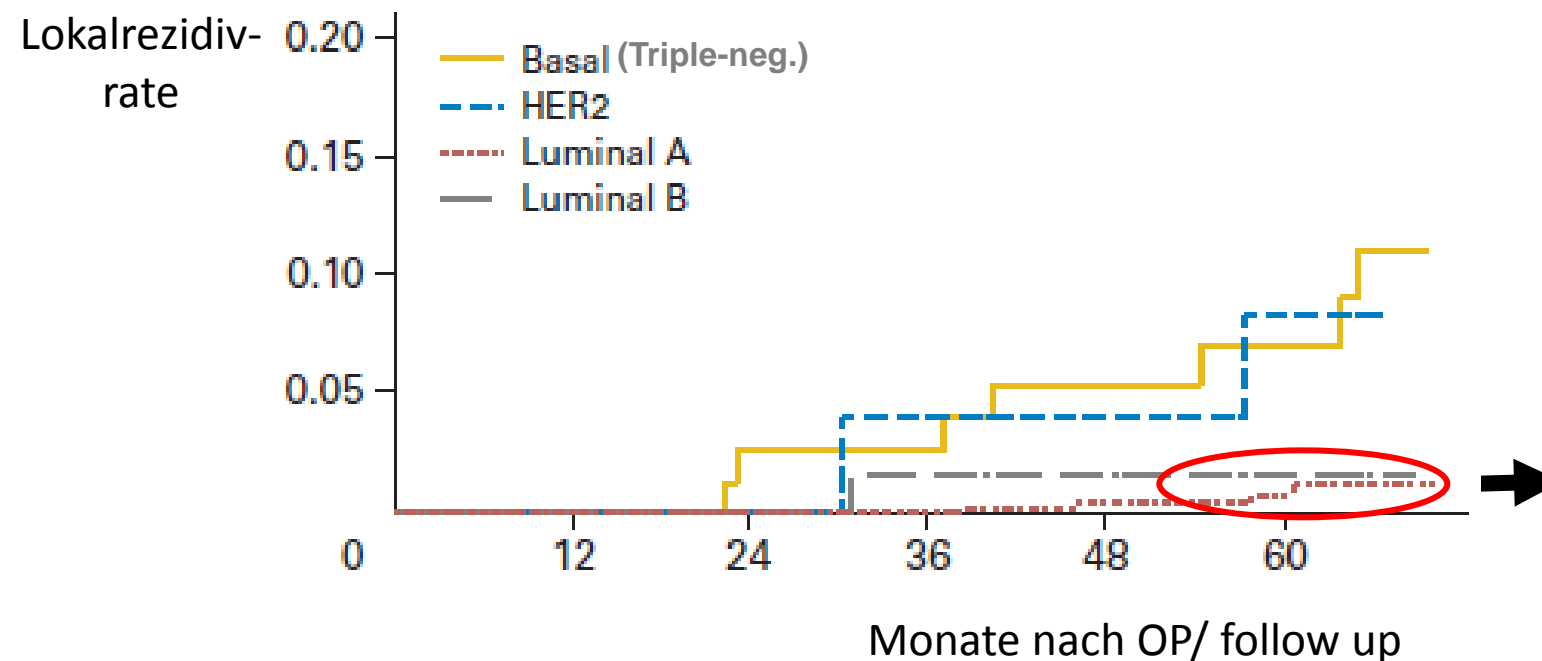
- Nachsorgeintervalle (längere oder kürzere)
- Ggf. MRT
- Risiko von Patientin meistens viel zu hoch eingeschätzt
- Rezidivraten beim frühen Brustkrebs minimal
- Abbau von Ängsten wichtiger

## Individuelles Risiko nach biologischen Subtypen

### Lokalrezidivrate nach BET:

### Ist abhängig von Molekularbiologie

Die meisten sind Luminal A, dabei ist Lokalrezidivrate  $< 2\%$



Längere  
Nachsorgeintervalle  
möglich

Quelle: Nguyen P L et al, JCO 2008





## Individuelles Risiko nach Ansprechen auf Chemotherapie und Subtyp

---

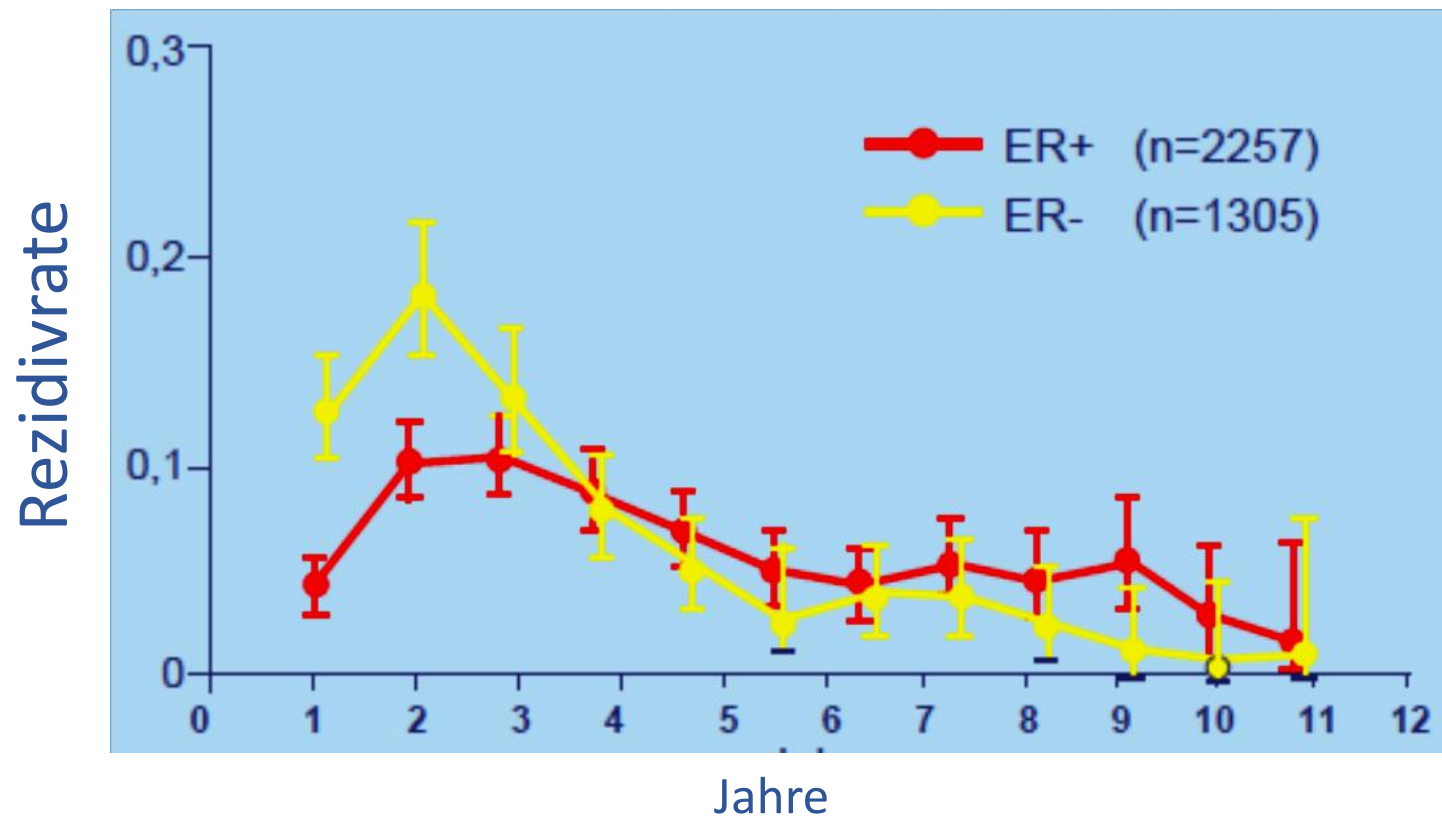
- Prognose abhängig vom Therapieansprechen auf (neoadjuvante) Chemotherapie
- Bei Komplettansprechen (pCR) exzellente Prognose gerade für aggressive Subtypen

Trotz aggressiver Tumore  
→ Gute Prognose  
→ Abbau von Ängsten  
→ Engmaschige Nachsorge



## Warum Nachsorge mindestens 10 Jahre - besser lebenslang?

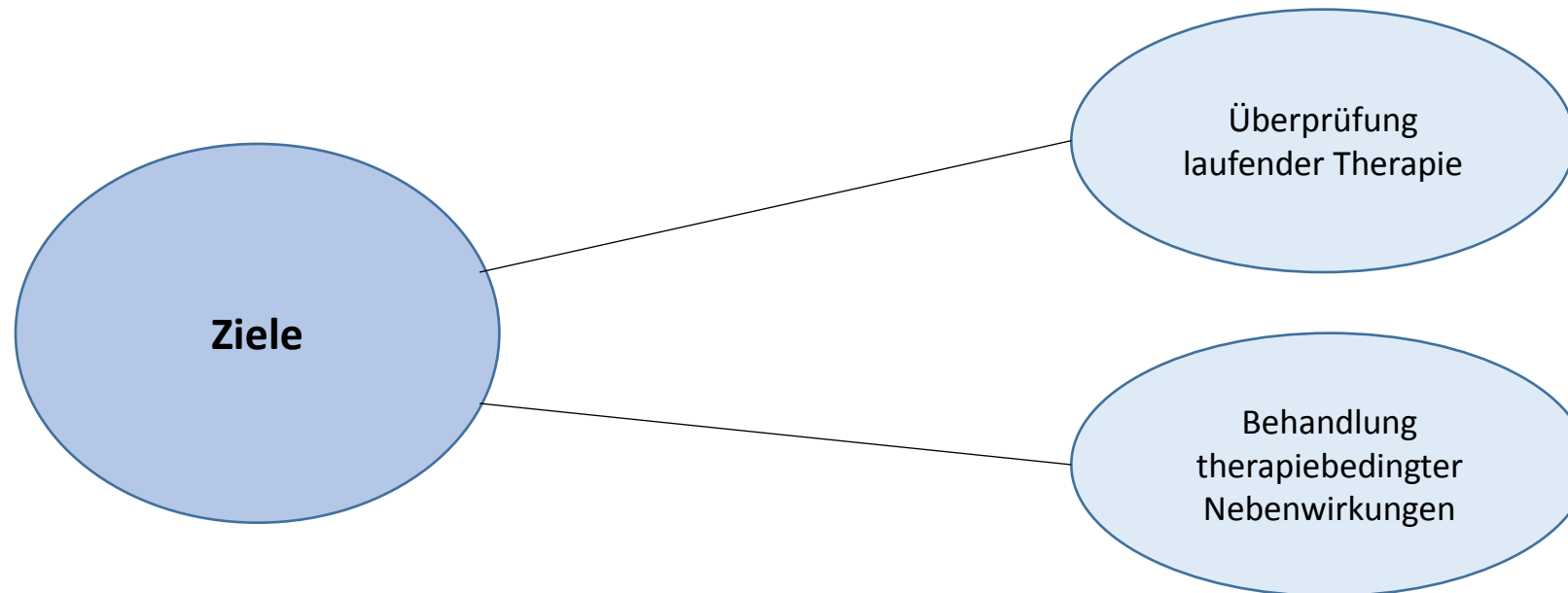
- Nach 5 Jahren Rezidivfreiheit ist man über den „ersten Berg“
- Paradoxer Weise Langzeitrisiko bei hormonempfindlichem Brustkrebs (ER+) später höher
- ER- Tumor reagiert nicht auf Hormoneinwirkungen





## Antihormonelle Therapie: Wie am sinnvollsten?

---





## Tamoxifen bei Brustkrebs: Eine Erfolgsstory trotz vieler Bedenken und neuer Präparate

---

**Vorteil für Rezidivprophylaxe (lokal und fern): 11.8 %**  
**Vorteil Überleben für alle Stadien (ähnlich): 9.2 %**

Hocheffektive Therapie bei rezeptorpositiven Tumoren!



# Antihormonelle Therapie: Tamoxifen

- **Weitere Vorteile unabhängig von Brustkrebs:**
  - Reduktion der Rate an kontralateralem Brustkrebs (rel. Risiko 2,5 – 5-fach ↑)
  - Vorteilhafte Effekte auf Knochen (Frakturrate ↓) und Blutfette (Cholesterol ↓)
- **Welche Nebenwirkungen sind möglich?**
  - Hitzewallungen
  - Gebärmutter schleimhautkrebs Risiko 3-fach erhöht (nur selten tödlich, absol. Sterblichkeits-Risiko 0,2% nach 5 J Tamoxifen vs. Placebo, aber 9% Überlebensvorteil bzgl. Brustkrebs)
  - Thromboserisiko
  - Vaginale Atrophie (Trockenheit und Entzündung)
- **Wie lange soll man Tamoxifen nehmen?**
  - 5 Jahre Standard
  - **Neue Studie (ATLAS): 10 Jahre Tamoxifen:** Wirkung lässt nicht nach: Vorteil 3% besseres Überleben



# Antihormonelle Therapie: Aromatasehemmer

- **Aromatasehemmer (AI):**
  - Sehr effektiv
  - Nicht in der Prämenopause ! (ggf. Hormonstatus)
  - Reihenfolge zu Tamoxifen ist Einzelfallabhängig (Menopausenstatus und Nebenwirkungen)
  - Erste Wahl bei hohem Risiko (LK +) und lobulärem Brustkrebs
  - Keine Daten für AI > 5 Jahre, aber
  - Erweiterte antihormonelle Therapie mit AI nach 5 Jahren TAM sinnvoll bei Risiken wie positiven LK

- **Leider Nachteile:**

## Negativer Effekt auf Knochen, Gelenkbeschwerden



- Knochendichtemessung
- Vitamin D + Calcium-Substitution
- Bei Gelenkbeschwerden Schmerzmittel



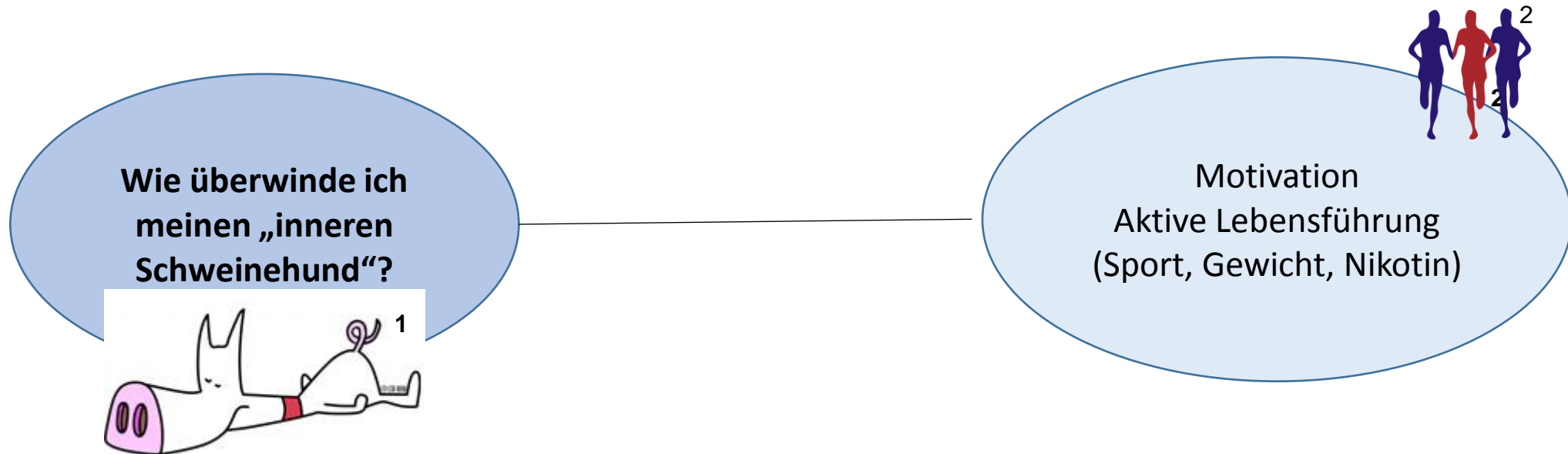
## Take Home Message: antihormonelle Therapie

---

- **Verbesserung der Therapietreue**
  - Aufklärung über Wirksamkeit
  - Frühzeitige Behandlung von Nebenwirkungen
  - **Motivation zum Sport mit Verringerung von Nebenwirkungen**
- **Wechsel auf eine andere antihormonelle Therapie ist besser als zu stoppen**
- **Therapie 5 Jahre, wenn möglich bis zu 10 Jahren / so lange tolerabel**



# Krebsmedikament Sport

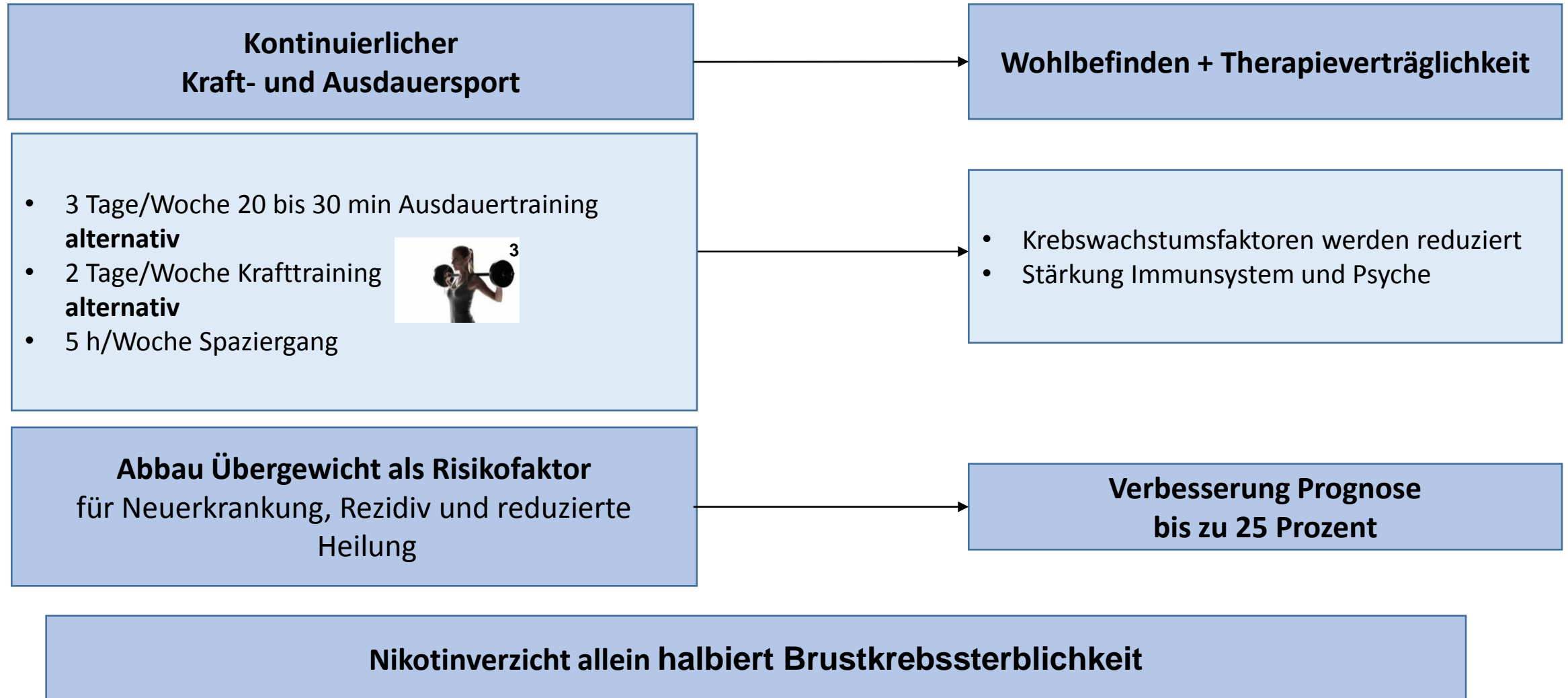


**Quellen:** <sup>1</sup> Der Verein “Gesund und Fit Isselburg e.V” & <sup>2</sup> spreadshirt.de





# Aktiver Lebensstil und Sport als Antikrebsmedikament



Quelle: <sup>3</sup> 123rf.com



---

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**