

# Das Mammakarzinom im hohen Alter

## Charakteristika und Therapieoptionen

RENÉ HORNING

Die Betreuung betagter Patientinnen mit Mammakarzinom ist häufig und stellt eine spezielle Herausforderung an die Therapie und Pflege dar. Physiologische Veränderungen der Brüste erleichtern die mammografische Diagnostik; zudem zeigen Mammakarzinome im Alter eine Tendenz zu weniger aggressivem Verhalten als bei jüngeren Frauen. Bei gesicherter Diagnose werden Fragen zur Operabilität sowie zur Indikation für adjuvante Therapien wie Chemo-, Radio- und endokrine Therapie unter dem Gesichtspunkt der Therapierbarkeit und des gewünschten Erfolges bei alten Patientinnen diskutiert.

Aufgrund von Veränderungen in Demografie und Medizin sehen sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte mit der Abklärung, Behandlung und Betreuung von betagten Patientinnen mit Brustkrebs konfrontiert. Während die Abklärung und Therapie von Mammakarzinomen im Allgemeinen auf standardisierten Guidelines (z.B. so genannte St. Galler Guideline [1]) basiert, sind diese im hohen Alter nur bedingt anwendbar. Dieser Übersichtsartikel enthält ausgewählte Themen und diskutierbare Interpretationen.

### Die Brust im Alter

Wie jedes andere Organ verändert sich auch die Brust im Lauf des Lebens. Inwiefern sich diese Veränderungen auf die Mammografie auswirken, hat eine Arbeitsgruppe letztes Jahr veröffentlicht (2). Dabei wurde unter anderem gezeigt, dass radiologisch dichte Mammæ in der späten Postmenopause nur noch halb so häufig vorkommen (zirka 30% der Patientinnen) wie in der prämenopausalen Lebensphase (zirka 60% der Patientinnen). Es ist leicht nachvollziehbar, dass mit abnehmender radiologischer Dichte der Brüste maligne Veränderungen empfindlicher erkannt werden können. Während bei 40- bis 50-jährigen Patientinnen Mammakarzinome in rund zwei Dritteln aller Fälle im Mammografie-Screening erkannt werden können, steigt die Sensitivität bei 70- bis 90-Jährigen auf über 80 Prozent an. Die *Abbildung* zeigt die Mammografien einer 84-jährigen Patientin. Zum biologischen Verhalten des Mammakarzinoms: Im Allgemeinen geht man davon aus, dass sich das Mammakarzinom bei der alten Patientin weniger aggressiv verhält als bei der jüngeren Patientin. Unter anderem können das histo-

logische Grading des Tumors, die Häufigkeit der inflammatorischen Mammakarzinome und die Häufigkeit Östrogenrezeptor-positiver Karzinome einen Anhaltspunkt über das biologische Verhalten der Tumore geben. Wie die *Tabelle* zeigt, treten schlecht differenzierte Mammakarzinome (G3), welche generell mit schlechterer Prognose assoziiert sind, bei über 71-Jährigen deutlich seltener auf als bei jüngeren Patientinnen. Auch die ausserordentlich aggressiven inflammatorischen Mammakarzinome sind im Alter deutlich seltener als bei der jüngeren Patientin. Das Mammakarzinom der älteren Patientin wird zudem häufiger Östrogenrezeptoren exprimieren, woraus sich neben dem biologisch günstigeren Verhalten des Tumors therapeutische Optionen ergeben. Ähnliches trifft auch für den Her2/neu- und p53-Status sowie den S-Phasen-Index zu (3).

### Das Alter als Entscheidungskriterium

Mit der Frage nach der Rechtfertigung beziehungsweise Zumutbarkeit aufwändiger Behandlungen sind selbstverständlich nicht nur tumorassoziierte Eigenschaften, sondern auch diejenigen der alternden Patientin verbunden. Zu berücksichtigen sind grundsätzlich folgende mathematisch ermittelte Altersentwicklungen in den letzten 50 Jahren: Statistisch hat ein neugeborenes Mädchen heute eine mittlere Lebenserwartung von 82,5 Jahren; hat eine Frau 65 Jahre erreicht, so steigt ihre Lebenserwartung auf zusätzliche 20,7 Jahre, womit also eine 65-jährige Patientin nahezu 86 Jahre alt werden kann (4). Hat eine Frau gar das 80. Lebensjahr erreicht, kann sie sogar, statistisch gesehen, auf weitere 8 Jahre hoffen (5).



## Das Mammakarzinom im hohen Alter

nicht möglich oder nicht erwünscht sein, bietet sich eine hormonelle Therapie an. Bei Östrogenrezeptor-positiven Tumoren, wie sie im Alter häufig vorkommen, kann unter einer antiöstrogenen Therapie mit einem Ansprechen («Complete Response» oder «Partial Response») in rund 90 Prozent der Fälle während anderthalb bis zwei Jahren gerechnet werden (8). In den meisten Fällen wird heutzutage allerdings eine operative Behandlung möglich sein, die der Patientin und ihren Angehörigen zumindest angeboten, wenn nicht empfohlen werden sollte. Im Gesamtkontext – das heisst unter Berücksichtigung pflegerischer und psychosozialer Aspekte, der Präferenzen und des allgemeinen Zustandes der Patientin – kann man je nach Tumorgrosse und -lokalisation ein brusterhaltendes Verfahren empfehlen, wenn die Patientin mit einer anschliessenden Radiotherapie der Restbrust einverstanden ist und diese durchführbar erscheint. Bei klinisch freien Lymphknotenstationen drängt sich die Sentinel-Lymphknotenbiopsie zum Staging der Axilla als Alternative zur axillären Lymphonodektomie zum einen und zum expektativen Verhalten zum anderen geradewegs auf. Andererseits können mit der Entfernung klinisch positiver Lymphknoten teilweise schmerzhaft Komplikationen verhindert werden.

Anders als bei der jungen Patientin mit Brustkrebs steht bei der operativen Therapie der Betagten nicht das Langzeitergebnis, sondern die Erhaltung beziehungsweise Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Somit sind neben onkologisch-chirurgischen Überlegungen auch solche über Aetas, Komorbiditäten, Wünsche der Patientin und ihrer Angehörigen sowie pflegerische Aspekte vermehrt zu berücksichtigen. Die adjuvante Radiotherapie bei brusterhaltend operierten Mammakarzinomen ist relativ wenig belastend, die Indikation kann grosszügig gestellt werden. Sollte der Patientinnen-transport für die täglichen Bestrahlungen ein Problem darstellen, müsste dies allenfalls auch bei der Diskussion der Operationsmodalität zur Sprache kommen.

Was die adjuvante Hormontherapie angeht, so ist diese bei den gehäuft Östrogenrezeptor-positiven Tumoren im Alter eher grosszügig zu indizieren, wobei immer die Gesamtsituation mitzuberücksichtigen ist. Speziell sind allfällige Risikofaktoren für thromboembolische Geschehen (v.a. unter Tamoxifen) mit dem betreuenden Internisten zu diskutieren. Alternativ wäre die Gabe von Aromatasehemmern in Erwägung zu ziehen.

Bei der adjuvanten Chemotherapie der betagten Patientin unterscheidet sich das Prozedere deutlich von demjenigen bei jüngeren Patientinnen. Während bei diesen der Benefit einer adjuvanten Polychemotherapie als gesichert gilt, konnte dieser für Patientinnen über 70 Jahre nicht gezeigt werden (9). Deswegen wird, auch angesichts des Wirkungs-Nebenwirkungs-Profiles der Chemotherapeutika, die Indikation bei betagten Patientinnen eher restriktiv gestellt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Betreuung betagter Patientinnen mit Mammakarzinom anspruchsvoll, aber auch sehr befriedigend sein kann. Neben Kriterien der Evidence based Medicine aus onkologischer Sicht müssen weitere «Gesetze» der medizinischen Kunst berücksichtigt werden, um einer individuellen Beurteilung und Behandlung der betagten Patientin gerecht zu werden. ●

### Literatur:

1. Goldhirsch A., Glick J.H., Gelber R.D., Coates A.S., Senn H.J.: Meeting highlights: International Consensus Panel on the Treatment of Primary Breast Cancer. Seventh International Conference on Adjuvant Therapy of Primary Breast Cancer. *J Clin Oncol* 2001; 18: 3817–27.
2. Carney P.A., Miglioretti D.L., Yankaskas B.C., Kerlikowske K., Rosenberg R., Rutter C.M., Geller B.M., Abraham L.A., Taplin S.H., Dignan M., Cutter G., Ballard-Barbash R.: Individual and combined effects of age, breast density, and hormone replacement therapy use on the accuracy of screening mammography. *Ann Intern Med* 2003; 3: 168–75.

3. Diab S.G., Elledge R.M., Clark G.M.: Tumor characteristics and clinical outcome of elderly women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2000; 7: 550–6.

4. Bundesamt für Statistik 2002.

5. Extermann M., Balducci L., Lyman G.H.: What threshold for adjuvant therapy in older breast cancer patients? *J Clin Oncol* 2000; 8: 1709–17.

6. Yancik R., Wesley M.N., Ries L.A., Havlik R.J., Edwards B.K., Yates J.W.: Effect of age and comorbidity in postmenopausal breast cancer patients aged 55 years and older. *Jama* 2001; 7: 885–92.

7. Heflin M.T., Oddone E.Z., Pieper C.F., Burchett B.M., Cohen H.J.: The effect of comorbid illness on receipt of cancer screening by older people. *J Am Geriatr Soc* 2002; 10: 1651–8.

8. Wyld L., Reed M.W.: The need for targeted research into breast cancer in the elderly. *Br J Surg* 2003; 4: 388–99.

9. Polychemotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. *Lancet* 1998; 9132: 930–42.

10. Gajdos C., Tartter P.I., Bleiweiss I.J., Lopchinsky R.A., Bernstein J.L.: The consequence of undertreating breast cancer in the elderly. *J Am Coll Surg* 2001; 6: 698–707.

11. Levine P.H., Steinhorn S.C., Ries L.G., Aron J.L.: Inflammatory breast cancer: the experience of the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) program. *J Natl Cancer Inst* 1985; 2: 291–7.

12. McCarty K.S. (Jr.), Silva J.S., Cox E.B., Leight G.S. (Jr.), Wells S.A. (Jr.), McCarty K.S. (Sr.): Relationship of age and menopausal status to estrogen receptor content in primary carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1983; 2: 123–7.

### Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. René Hornung  
Oberarzt, Klinik für Gynäkologie  
Departement Frauenheilkunde  
UniversitätsSpital Zürich  
E-Mail: rene.hornung@usz.ch

Interessenkonflikte: keine