

Mammakarzinom: vorbeugen, erkennen, betreuen

Die Brust gehört in Hausarzt-Hand

MONIKA KAUL

70 Prozent aller Mammakarzinome treten bei Patientinnen über 50 Jahre auf. Gerade in diesem Alter suchen jedoch erfahrungsgemäss Frauen eher seltener einen Gynäkologen auf. Dem Hausarzt, der dann in der Regel wegen anderer gesundheitlicher Probleme häufiger konsultiert wird, kommt daher eine wichtige Rolle bei der Früherkennung eines Mammakarzinoms zu.

Der Hausarzt sollte zum einen über Risikofaktoren, Prophylaxemöglichkeiten und Frühsymptome informiert als auch mit Problemen vertraut sein, die sich bei der Betreuung von Brustkrebspatientinnen ergeben können.

Die meisten Frauen sind sich – unabhängig vom eigenen Alter – nicht darüber im Klaren, dass Alter und Brustkrebs in einem Zusammenhang stehen. Zu diesem Ergebnis kam die Studie Brustgesundheit Hessen 2001, die 223 Frauen im Alter von

25 bis 70 Jahren einschloss. Hinzu kommt, dass ab einem Alter von zirka 50 Jahren – also in einer Lebensphase, in der die Brustkrebserkrankungen zunehmen – Frauen seltener einen Gynäkologen aufsuchen. Dagegen spielt der Hausarzt wegen zunehmender gesundheitlicher Probleme wie Herz-Kreislauf-Störungen, Diabetes oder Bluthochdruck eine immer wichtigere Rolle.

Mehr Sicherheit in der Früherkennung

Table 1 zeigt, dass sich mehr als 70 Prozent aller Fälle von Brustkrebs nach dem 50. Lebensjahr ereignen. Besonders stark nimmt das Risiko ab dem 60. Lebensjahr zu. Nach Angaben der befragten Frauen führen die Hausärzte allerdings äusserst selten Tastuntersuchungen der Brust durch. Unter den 572 weiblichen Patienten, die ein Hausarzt durchschnittlich betreut, müssten sich – statistisch betrachtet – 2 Brustkrebspatientinnen befinden. Ein Fünftel der Hausärzte gibt jedoch an, zurzeit überhaupt keine Brustkrebspatientinnen zu betreuen (1).

Da der Hausarzt gerade für ältere Patientinnen die erste «Anlaufstation» darstellt, sollte er dem Problemfeld «Mammakarzinom» grössere Beachtung schenken. Frauenärzte sollten ihrerseits enger mit den Hausärzten zusammenarbeiten und Informationen austauschen. Optimal wäre ein System der gemeinsamen Betreuung, das eine höhere Sicherheit in der Früherkennung bietet.

«Krebs-Gen» als 1. Risikofaktor

Mit dem höchsten Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, sind Frauen behaftet, bei denen

Merk-sätze

- Ab einem Alter von ca. 50 Jahren – also in einer Lebensphase, in der die Brustkrebserkrankungen zunehmen – suchen Frauen seltener einen Gynäkologen auf.
- Frauen, die bis zur Menopause erheblich an Gewicht zugenommen haben, zeigen ein erhöhtes Risiko, danach an Brustkrebs zu erkranken.
- Sport scheint vor Brustkrebs zu schützen – zu diesem Ergebnis kommen 24 von 36 Studien.
- Je jünger eine Frau zum Zeitpunkt der Brustkrebs-Diagnose ist, desto höher ist das Risiko für ihre nahe weibliche Verwandtschaft, ebenfalls zu erkranken.
- 15 bis 30 Prozent der Mammakarzinome diagnostiziert der Arzt und in 60 bis 70 Prozent hat die Patientin selbst erste Symptome bemerkt, meist einen neu aufgetretenen Knoten in der Brust.
- Befallene axilläre Lymphknoten sind selten ein erstes Krankheitszeichen. Dasselbe gilt für Schmerzen.
- Die Mammasonografie empfiehlt sich bei jungen Frauen mit dichterem Drüsenkörper, wo eine Mammografie keine so gute Aussagekraft besitzt.

Mammakarzinom: vorbeugen, erkennen, betreuen

Tabelle 1: Häufigkeit von Brustkrebs-Erkrankungen in Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen

Alter (Jahre)	Anzahl (1 Fall von ...)
ab 30	250
40	77
50	42
60	36
70	34
80	45

(Quelle: Cancer Care Ontario)

eine Mutation des BRCA1-Gens vorliegt. Allerdings ist das bei weniger als 0,5 Prozent der weiblichen Bevölkerung der Fall. Eine Risikoerhöhung ergibt sich auch durch die Hormonersatztherapie in der Postmenopause, unabhängig davon, ob es sich um eine Östrogen-Monotherapie oder eine Kombination mit Gestagenen handelt (Tabelle 2). Eine orale Kontrazeption (Pille) erhöht dagegen nach derzeitiger Datenlage das Brustkrebsrisiko nicht.

Fett lockt Brustkrebs

Frauen, die bis zur Menopause erheblich an Gewicht zugenommen haben, zeigen ein erhöhtes Risiko, danach an Brustkrebs zu erkranken. In einer kanadischen Studie entwickelten Frauen, die seit ihrem 20. Lebensjahr mehr als 25 kg zugelegt hatten, häufiger Brustkrebs als die Frauen mit weniger als 7,8 kg Gewichtszunahme. Ein grösserer Bauch- als Hüftumfang ging dabei mit einem noch grösseren Risiko für Brustkrebs einher. Gründe dafür sind möglicherweise die höhere Produktion von Östrogen, welches im Fettgewebe gespeichert wird, die Beeinflussung des Gewebes durch das Übergewicht sowie der erhöhte Leptin Spiegel, der das Zellwachstum anregt.

Sport beugt vor

Durch vorbeugende Massnahmen lässt sich das Brustkrebsrisiko zwar senken, ganz ausschliessen kann man die Erkrankung damit jedoch nicht. Wie im voran-

gegangenen Abschnitt begründet, sollte auf ein normales Körpergewicht (BMI je nach Körperbau zwischen 18 und 25) geachtet werden. Sport ist hierbei ein gutes Mittel der Vorbeugung. Bei 24 von 36 Studien wurde ein schützender Effekt von Sport auf die Brustkrebsentstehung nachgewiesen.

Sportlich aktive Frauen haben einen geringeren Östrogengehalt im Körper und leiden viel seltener an Übergewicht. Eine Überanstrengung sollte dabei jedoch vermieden werden. Klassische Ausdauersportarten wie Schwimmen, Laufen, Walken und Radfahren sind ideal.

Anti-Krebs-Diät gibt es nicht

Eine Anti-Krebs-Diät, wie sie immer wieder in diversen Zeitschriften propagiert wird, gibt es nicht. Patientinnen, die danach fragen, ist mit dem Rat gedient, öfters frische naturbelassene Nahrungsmittel zu verwenden und Fertiggerichte zu vermeiden.

Einen Beitrag zur «Vorbeugung» leistet die regelmässige Selbstuntersuchung der Brust. Das heisst, dass jede Frau einmal im Monat, am besten nach der Regelblutung am 4. bis 5. Zyklustag, ihre Brust abtasten sollte. Allerdings sind Tastbefunde insgesamt nicht sehr zuverlässig.

Familiäres Risiko überbewertet?

In einer Analyse von 52 Studien mit insgesamt 160 000 Frauen zeigte sich, dass trotz Brustkrebs in der Familie das Risiko für Frauen, selbst zu erkranken, nur wenig ansteigt. 8 von 9 Brustkrebspatientinnen haben keine nahen Verwandten mit dieser Erkrankung. Umgekehrt erkranken 4 Prozent der Frauen, die eine nahe Verwandte mit Brustkrebs haben, selbst und 8 Prozent, wenn 2 nahe Verwandte betroffen sind.

Eine gewisse Rolle bei der Abschätzung des eigenen Risikos spielt die Tatsache, wann sich der Krebs bei der Verwandten bemerkbar machte. Denn je jünger eine Frau zum Zeitpunkt der Diagnose ist, desto höher ist das Risiko für ihre nahe weibliche Verwandtschaft, ebenfalls mit der Erkrankung konfrontiert zu werden.

Jenseits von 50 Jahren steigt für alle Frauen das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. So müssen 6 Prozent der Frauen in diesem Alter bei leerer Familienanamnese mit einem Mammakarzinom rechnen. Sind 1 bis 2 nahe Verwandte bereits erkrankt, trifft es 10 bis 13 Prozent.

Bei Diagnose meist symptomatisch

Das Mammakarzinom wächst in der Regel langsam. Es können 6 bis 10 Jahre verstreichen, bis sich die ersten Krankheits-

Tabelle 2: Risikofaktoren für die Brustkrebstentstehung

Risikofaktor	Relatives Risiko
Familiäre Belastung (Verwandtschaft 1. Grades)	1,4–13,6
Alter (> 50 Jahre vs. < 50 Jahre)	6,5
Gutartige Brusterkrankung: atypische Hyperplasie	4,0–4,4
Alter bei erster Lebendgeburt (> 30 Jahre vs. < 20 Jahre)	1,3–2,2
Alter bei Menopause (> 55 Jahre vs. < 55 Jahre)	1,5–2,0
Familiäre Belastung (Verwandtschaft 2. Grades)	1,5–1,8
Gutartige Brusterkrankung: Biopsie (mit jedem histologischen Befund)	1,5–1,8
Alter bei Menarche (< 12 Jahre vs. > 14 Jahre)	1,2–1,5
Hormonersatztherapie (HRT)	1,0–1,5

Quelle: Tumormanual München

Mammakarzinom: vorbeugen, erkennen, betreuen

zeichen bemerkbar machen. Bei Frauen vor der Menopause kommt aber durchaus auch ein schnelles, aggressives Tumorstadium vor.

Nur 8 Prozent aller Mammakarzinome werden vor Auftreten von Symptomen ausschliesslich mit Hilfe von bildgebenden Verfahren wie Mammografie und Sonografie entdeckt. 15 bis 30 Prozent diagnostiziert der Arzt, und in 60 bis 70 Prozent hat die Patientin selbst erste Symptome bemerkt, meist einen neu aufgetretenen Knoten in der Brust. Je nach Grösse der Brust sind Knoten ab einem Durchmesser von etwa 1,5 bis 2 cm tastbar.

Warnsymptome

Auch mit Veränderungen an der Haut kann sich ein Mammakarzinom äussern. Dazu zählen Einziehungen, Vorwölbungen, grobporige so genannte Orangerhaut sowie Rötungen. Entzündliche, ekzematöse Hautaffektionen, neu aufgetretene Einziehungen der Mamille sowie blutige Absonderungen können ebenfalls Zeichen eines Mammakarzinoms sein.

Mammografie

Goldstandard bei den bildgebenden Verfahren ist die Mammografie. Mit ihr können noch nicht tastbare Karzinome und Vorstadien, wie zum Beispiel das duktales Carcinoma in situ (DCIS), entdeckt werden. Experten empfehlen deshalb, bei symptomlosen Frauen etwa ab dem 50. Lebensjahr alle 1 bis 2 Jahre eine Mammografie durchzuführen. Die American Cancer Society rät bereits bei Frauen über 40 Jahren, zu einer jährlichen Mammografie. Durch die modernen Verstärkungstechniken liegt die Strahlenexposition bei der Standardmammografie (2 Ebenen) im Niedrigdosisbereich, sodass es keine Hinweise dafür gibt, dass das Krebsrisiko durch die Untersuchung erhöht wird.

Mammasonografie

Die Sonografie stellt die wichtigste Ergänzungsuntersuchung zur Mammografie dar. Mit ihr kann man zwischen zystischen



Abbildung 1: Zustand nach Entfernung des Sentinel-Lymphknotens. Man beachte die sehr kleine Narbe.



Abbildung 2: Schlecht sitzender BH ohne seitliche Verstärkung, der zur Quetschung des Gewebes führt und den Lymphabfluss behindert.



Abbildung 3: Dieser BH hat breite seitliche Stützstäbchen, verursacht dadurch keine Schnürfurchen und ermöglicht einen besseren Lymphabfluss.

und soliden Befunden differenzieren. Es lässt sich auch mit Hilfe der Sonografie leicht erkennen, ob Tastbefunde als benigne oder eher maligne einzustufen sind. Die Mammasonografie empfiehlt sich bei jungen Frauen mit dichterem Drüsenkörper, wo eine Mammografie keine so gute Aussagekraft besitzt. Die Sonografie ist ausserdem zur Verlaufskontrolle geeignet.



Abbildung 4: Typisches Strahlenerithem, vier Wochen nach Bestrahlungsende, mit Hautrötung und Ödem, welches durch den Abdruck des BH-Bügels sichtbar wird.

Die Kernspinuntersuchung der Mamma sollte nur bei speziellen Hochrisikofällen beziehungsweise zur Verlaufskontrolle bei speziellen Nachsorgepopulationen eingesetzt werden (z.B. Mastektomie und Wiederaufbau der Brust).

Sentinel-Biopsie schont die Axilla

Bei Patientinnen mit diagnostiziertem Mammakarzinom gilt es als Erstes, den Lymphknotenbefall in der Axilla zu beurteilen. Als neues Verfahren hierzu kommt die Sentinel-Lymphknotenbiopsie in Frage. Aufgrund der Ergebnisse verschiedener Studien scheint diese minimalinvasive Methode eine gute Alternative zur klassischen axillären Lymphadenektomie zu sein.

Für die hausärztliche Nachbetreuung einer Patientin mit Mammakarzinom ist es wichtig zu wissen, dass nach einer Sentinel-Lymphknotenentfernung ein deutlich geringeres Risiko für Lymphödem und schmerzhafte Lymphbahnverödungen besteht. Eine Lymphdrainage in der weiteren Nachsorge sollte nicht routinemässig eingesetzt werden. Ebenso sind die Dysästhesien und Missempfindungen im axillären Bereich deutlich reduziert. Die Patientin sollte zu einer konsequenten Gymnastik angehalten werden. Die strikte «Schonung», zu der oft geraten wird, sowie das Verbot von Blutabnahmen am betroffenen Arm gelten heute als obsolet.

Mammakarzinom: vorbeugen, erkennen, betreuen

Strahlenerythem braucht Kälte

Nach der Strahlentherapie kommt es häufig im Bereich der bestrahlten Brust zu vorübergehenden (oft bis zu mehreren Monaten dauernden) ödematösen Veränderungen und Rötungen. Dieses Strahlenerythem führt oft zu grossen Verunsicherungen der Patientinnen mit ängstlichen Anfragen. Abschwellende Therapiemassnahmen mit Kühlung haben sich bewährt. Zahlreiche Studien belegen auch einen guten Effekt von so genannten Enzympräparaten. Die nach Strahlentherapie auch häufig zu beobachtende Hautschuppung der bestrahlten Brust kann durch pflegende Hautöle gut therapiert werden.

Nachsorge mit System

Die Nachsorge beansprucht nach wie vor einen grossen Stellenwert im Rahmen der medizinischen Betreuung onkologischer Patientinnen. Der Hausarzt verfügt dabei über die besten Möglichkeiten, der Patientin bei der Verarbeitung der psychischen und physischen Behandlungsfolgen beizustehen und sie zu beraten. Eine optimale Nachsorge verlangt keinen Aktionismus. Vielmehr sollte man sich vor jeder

Massnahme die Frage stellen, ob das Ergebnis für die Patientin eine therapeutische Konsequenz nach sich ziehen würde.

Rezidive rechtzeitig erkennen

Von elementarer Bedeutung für die Mammakarzinomnachsorge ist die sorgfältige Untersuchung des Operationsgebietes, um rechtzeitig ein Lokalrezidiv zu erkennen. Neben der Palpation sollte hier die Sonografie sowie nach brusterhaltender Therapie die Mammografie und gegebenenfalls die Kernspinnuntersuchung grosszügig eingesetzt werden.

Eine ähnlich intensive Beachtung verdient die gesunde Brust, um kein Zweitkarzinom zu übersehen. Nach etwaigen Metastasen sollte man nicht ungezielt, sondern nur bei verdächtigen Beschwerden fahnden. Denn man weiss, dass die frühere Behandlung klinisch okkulten Metastasen keinen Überlebensvorteil bringt. Nach Diagnose eines Lokalrezidivs sollte man die Patientin jedoch gezielt nach Knochenschmerzen, Belastungsdyspnoe, epigastrischen Beschwerden sowie Unregelmässigkeiten beim Stuhlgang fragen. Denn eine Metastasierung hätte Einfluss auf die Radikalität der weiteren Therapie. Laboruntersuchungen inklusive Bestimmung der

Tumormarker CA 15-3 und CEA spielen eine eher untergeordnete Rolle. Denn die durch einen Markeranstieg etwas frühere Entdeckung von Metastasen bringt weder unter kurativen noch palliativen Gesichtspunkten einen Vorteil. Zum anderen kann ein falsch positiver Wert zu einer enormen Verängstigung der Patientin mit drastischer Reduktion der Lebensqualität führen. ●

1. Nass-Griegoleit: 2002 Breast-cancer-communication-gap among german women.

*Dr. med. Monika Kaul
Oberärztin
Frauenklinik vom Roten Kreuz
Taxistrasse 3
D-80637 München
Tel. 0049 089 15706-9812 (Funk)*

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 11/2004. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.