

**D**as Mammakarzinom ist bei Frauen westlicher Länder die häufigste Karzinomdiagnose und die zweithäufigste Krebstodesursache. Jede zehnte Frau im deutschsprachigen Raum erkrankt daran. Etwa ein Drittel aller Patientinnen befindet sich in der Prämenopause, davon sind 2 bis 3 Prozent jünger als 35 Jahre. Bei Frauen zwischen 30 und 55 Jahren stellt das Mammakarzinom die häufigste Todesursache dar.

In den vergangenen drei Jahrzehnten hat sich die Therapie des Mammakarzinoms in den verschiedenen Behandlungssäulen – Operation, Radiotherapie, endokrine Therapie, Chemotherapie, Antikör-



## Eine Flut neuer Erkenntnisse

pertherapie – massgeblich weiterentwickelt. Wie bei kaum einem anderen soliden Tumor hat sich beim Mammakarzinom gerade in den letzten Jahren eine Flut neuer Erkenntnisse ergeben.

### Vorgehen bei der jungen Frau

Das Mammakarzinom bei der jungen Frau stellt eine besondere Herausforderung dar. Der Artikel von **Julia Schnabel** und Kollegen behandelt dieses Thema, wobei insbesondere auf die genetische Beratung und Testung, fertilitätserhaltende Massnahmen und die Schwangerschaft nach erfolgter Primärtherapie eingegangen wird.

### Option intraoperative Teilbrustbestrahlung

Das Konzept des Mammakarzinoms hat sich in den letzten Jahrzehnten von einer lokalen Erkrankung immer mehr Richtung systemisches Leiden verschoben. Heute kann die Radikalität der Operation durch brusterhaltende Verfahren und durch die Sentinel-Lymphonodektomie minimiert werden. Die Sentinel-Lymphonodektomie gilt heute beim Mammakarzinom mit klinisch negativer Axilla als Standardtherapie. Ebenso kann die postoperative Ganzbrustbestrahlung bei einem kleinen, gut ausgewählten Niedrigrisikokollektiv durch eine intraoperative Teilbrustbestrahlung (IORT) ersetzt werden. Über die heutigen Indikationen der intraoperativen Teilbrustbestrahlung berichten **Heike Heuer** und Kollegen.

### Endokrine Therapie und Multigentests

Die Bestimmung der Östrogen- (ER) und Progesteronrezeptoren (PR) ist Standard bei jedem Mammakarzinom. Patientinnen mit endokrin sensiblem Tumor ( $\geq 1\%$  ER/PR-positive Zellen) profitieren von einer adjuvanten endokrinen Therapie, unabhängig von Alter, Tumorgrosse, Nodalstatus, HER2-Status und zusätzlicher adjuvanter Chemotherapie. Gerade im letzten Jahr haben sich Neuerungen in der Therapiedauer von Tamoxifen und in der endokrinen Therapie der prämenopausalen Patientin ergeben. **Konstantin Dedes** und Kollegen haben die **aktuellen Standards der endokrinen Therapie** sowohl der prä- als auch postmenopausalen Patientin zusammengefasst.

Durch den Einsatz von zytostatischen und endokrinen Systemtherapien sowie Therapien mit monoklonalen Antikörpern konnte ein wesentlicher Gesamtüberlebensvorteil erreicht werden. Um jedoch eine Übertherapie vor allem bei Patientinnen mit endokrin sensiblem Mammakarzinom zu vermeiden, ist die Identifizierung von Patientinnen mit einem niedrigen Rezidivrisiko notwendig, die nicht von einer Chemotherapie profitieren. Zur Beurteilung der Notwendigkeit einer adjuvanten Chemotherapie stehen neben den klassischen klinischen, pathologischen und immunhistochemischen Parametern **Genexpressionstests** zur Verfügung, welche eine individualisierte Therapie erlauben. Welche prognostischen und prädiktiven Informationen aus diesen Multigentests zu gewinnen sind, berichten **Konstantin Dedes** und Kollegen.

**Prof. Dr. med. Daniel Fink**

Direktor Klinik für Gynäkologie  
Leiter DKG-zertifiziertes Brustzentrum  
UniversitätsSpital Zürich