

Aus



© Verlag Hans Huber, Bern

**Nur zum persönlichen Bedarf oder Einzelversand an Stelle eines Sonderdrucks.
Eine darüber hinausgehende Vervielfältigung, Weitergabe über Internet oder
andere Netzwerke oder die Einbindung in eigene oder fremde Homepages sowie
jegliche kommerzielle Nutzung sind nicht zulässig.**

www.therapeutischeumschau.ch

¹Departement Chirurgie, Kantonsspital Olten²Departement Chirurgie, Universitätsspital Basel³Department of Surgery, University of Toronto, Canada⁴Chirurgie Viscérale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, LausanneMarkus Zuber¹, Carsten T. Viehl², Ueli Güller^{2,3}, Igor Langer⁴

Nachsorge-Empfehlungen für Patientinnen mit kurativ therapiertem, invasivem Mammakarzinom

Die onkologische Nachsorge nach kurativ behandeltem, invasivem Mammakarzinom dient der Kontrolle des Behandlungserfolges, der frühzeitigen Diagnose und Therapieeinleitung im Falle eines Rezidivs, der Erkennung und Behandlung von therapiebedingten Nebenwirkungen und Spätfolgen sowie der Begleitung der tumorfreien Patientinnen auf dem rezidivträchtigen Weg über mehrere Jahrzehnte.

Als Nachsorge bezeichnen wir die regelmäßigen, klinischen und bildgebenden Kontrollen asymptomatischer Patientinnen nach kurativer Therapie eines Mammakarzinoms. Sinnvoll ist die Nachsorge, wenn ein frühzeitiges Erkennen behandelbarer Zustände therapeutische Konsequenzen nach sich zieht und die Rezidivbehandlung die Lebensqualität der Patientinnen nicht schmälert. In ausgewählten Fällen resultiert aus der Nachsorge ein verlängertes Überleben. Lokale und regionale Rezidive können bei frühzeitiger Diagnose mit einem kurativen Therapieansatz angegangen werden. Der vorzeitige Nachweis einer Fernmetastasierung bei beschwerdefreien Patientinnen verlängert jedoch häufig nur die Leidens-, nicht aber die Lebenszeit. Umso wichtiger ist es, ein möglichst effektives Nachsorge-Schema anzuwenden, das den Ansprüchen der Patientinnen gerecht wird und kosteneffektiv ist. Aus einer intensiveren Nachsorge geht jedoch nicht eine generelle Senkung der Sterblichkeit hervor.

Negative Nebeneffekte der Nachsorge-Aktivitäten

Aus klinischen und bildgebenden Nachsorge-Untersuchungen können auch falsch positive Befunde hervorgehen. Dadurch werden Folgeuntersuchungen und unter Umständen Operationen mit assoziierter Morbidität und Mortalität initiiert. Zudem sind falsch

positive Befunde äußerst belastend für die Patientinnen und generieren in ineffektiver Weise Kosten. Patientinnen müssen von Beginn der Nachsorge über diese möglichen, negativen Nebenwirkungen informiert werden.

Datenlage zur Nachsorge

Es gibt nur spärliche, wissenschaftliche Daten zur Nachsorge invasiver Mammakarzinome und die Nachsorge-Schemata können nicht als stark evidenzbasiert bezeichnet werden.

Grundlage zu diesen Empfehlungen

Die im vorliegenden Artikel beschriebenen Empfehlungen basieren mehrheitlich auf den 2006 aktualisierten Guidelines der American Society of Clinical Oncology (ASCO) [1], der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) [2] der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der seit Jahren laufend aktualisierten Nachsorge-Regelung an den Departementen Chirurgie des Universitätsspitals Basel und Kantonsspitals Olten.

* Im Nachsorge-Schema sind keine Untersuchungsmethoden integriert, die *asymptomatische*, solitäre Fernmetastasen erfassen können. Deshalb sind solche Tumormanifestationen meist Zufallsbefunde. Solitäre Metastasen können gegebenenfalls chirurgisch behandelt werden.

Welche behandelbaren Tumoreignisse und Symptome sollen frühzeitig dank einer Nachsorge-Strategie erkannt werden?

Tumormanifestationen

- Syn- und metachrone, ipsi- und kontralaterale Präkanzerosen und invasive Karzinome
- Lokalrezidive
- Axilläre und supraklavikuläre regionale Lymphknotenmetastasen
- [Solitäre *symptomatische* Fernmetastasen (Lunge, Leber, Hirn)]*

Krankheitsbedingte Zustände und Behandlungsfolgen

- Schlechte, kosmetische Resultate
- Funktionelle Störungen (Arm-, Schulterbeweglichkeit)
- Lymphödem des Armes und/oder der behandelten Brust
- Beschwerden als Folge der Strahlentherapie (Haut, Rippen, Brust, Pleura, Herz)
- Nebenwirkungen der medikamentösen oder endokrinen Therapie
- Angstzustände und depressive Reaktionen
- Verlust an Lebensqualität

Aktualisierung der Behandlung im Verlaufe der Nachsorge

- Umstellungen der Therapie auf Grund neuer Evidenzen (z.B. von Tamoxifen auf einen Aromatase-Hemmer)
- Wechsel von einer kurativen auf eine palliative Behandlungsintention auf Grund neuer Nachsorge-Befunde

Tabelle 1 Empfohlenes Nachsorge-Schema

Jahr nach chirurgischer Therapie	1				2				3				4		5		6 ³
Monat nach chirurgischer Therapie	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	42	48	54	60	72
Klinische Kontrolle	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Mammographie	•			•				•				•		•		•	•
Gynäkologische Kontrolle ¹	•			•				•				•		•		•	•
Knochendichtemessung ²	•											•					

¹ mit vaginalem Ultraschall bei Tamoxifen-therapie
² bei Therapie mit Aromatasehemmern [3]
³ anschließend jährlich, solange Patientin tumorfrei

Therapeutische Umschau 2008; 65: 319–21

Erläuterungen zum Nachsorge-Schema

Klinische Kontrolle

Beinhaltet eine sorgfältige Anamnese sowie eine gezielte, klinische Untersuchung. Weiter wird den Patientinnen die einmal im Monat durchzuführende Selbstuntersuchung nahe gelegt.

Mammographie

Kurze Zeit nach Abschluss der Strahlentherapie wird die behandelte Brust zur Standortbestimmung mammographiert um auszuschließen, dass relevante Befunde übersehen wurden. Zwölf Monate nach chirurgischer Therapie erfolgen Mammographien beidseits. Diese werden jährlich wiederholt.

Gynäkologische Kontrolle

Wenn Patientinnen mit Tamoxifen behandelt werden, ist vor Therapiebeginn eine gynäkologische Kontrolle mit vaginalem Ultraschall durchzuführen. Diese endoluminale Bildgebung ist für die Dauer der Tamoxifen-therapie jährlich zu wiederholen und hat zum Ziel, Endometrium-Karzi-

me, welche unter Tamoxifen geringgradig häufiger auftreten, frühzeitig zu erkennen.

Den Mammakarzinom-Patientinnen wird eine Nachsorge möglichst über Jahre beim gleichen Arzt empfohlen, damit die Kontinuität der Betreuung gewährleistet ist. Von großer Bedeutung ist dies insbesondere bei Patientinnen, die im Rahmen der brusterhaltenden Therapie bestrahlt worden sind. Die Interpretation des Brustdrüsenkörpers nach Chirurgie und adjuvanter Strahlentherapie (eventuell mit vorangegangener, neoadjuvanter Chemotherapie) kann ausgesprochen schwierig sein und selbst für den Versierten eine Herausforderung darstellen.

Nicht empfohlene Nachsorge-Untersuchungen

Die untenstehenden Tests wurden nicht in die Empfehlungen aufgenommen, da Sensitivität und Spezifität für die Mammakarzinom-Nachsorge zu gering sind.

- Blutanalysen:
Blutbild, Chemogramme und Tumormarker
- Bildgebung:
Thoraxröntgen, Skelettszintigraphie, Leberultraschall, CT, Mamma-MRI, PET

Umstellung von der kurativen zur palliativen Therapie

Im Falle einer palliativen Situation gelten die obersten Prinzipien der palliativen Medizin [4]: Empathie, Kommunikation und Unterstützung. Das Anwenden dieser Prinzipien gilt nicht nur für die Patientin, sondern ebenso für Angehörige.

Fazit

Das ideale Nachsorge-Schema bei Mammakarzinom-Patientinnen gibt es nicht. Das dargelegte Nachsorge-Schema kann als Basis dienen, die gegebenenfalls dem Tumorstadium, dem Alter, der Komorbidität und der Per-

sönlichkeit der Patientin anzupassen ist. Die Nachsorge konzentriert sich auf behandelbare Krankheitsverläufe und richtet sich primär an beschwerdefreie Patientinnen.

Solange eine Patientin als tumorfrei gilt, sollte auch die Tumornachsorge weitergeführt werden, weil einerseits Rezidive auch nach Jahrzehnten auftreten können und andererseits Patientinnen mit einem Mammakarzinom in der Anamnese ein erhöhtes Risiko haben, an einem zweiten, primären Karzinom der ipsi- oder kontralateralen Brust zu erkranken.

Follow-up recommendations for patients after curative treatment of invasive breast cancer
Oncologic follow-up and surveillance after curative therapy for invasive breast cancer serves as a quality control of the primary treatment results,

enables the early diagnosis and immediate treatment in case of recurrent disease, the detection and therapy of treatment-related side effects and late sequelae, and finally includes the psychological support of tumor-free patients over decades, during which they are at risk for recurrent disease.

Literatur

1. Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, et al. American Society of Clinical Oncology 2006 Update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. *J Clin Oncol* 2006; 24: 5091–7.
2. Beckmann MW, von Minckwitz G, Pfisterer J, et al. Nachsorge beim Mammakarzinom und gynäkologischen Malignomen. *Geburtsh Frauenheilk* 2003; 63: 725–30.
3. Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, Coates AS, Thürlimann B, Senn HJ, and panel members. Progress and promise: highlights of the international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2007. *Ann Oncol* 2007; 18: 1133–44.
4. The American College of Surgeons' Statement on Principles Guiding Care at the End of Life. *Bull Am Coll Surg* 1998; 83.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Markus Zuber
 Chirurgische Klinik
 Departement Chirurgie
 Kantonsspital Olten
 CH-4600 Olten
 www.so-H.ch
 mzuber_ol@spital.ktso.ch