

Brustkrebsmonat Oktober

„Wir müssen weg vom Gießkannenprinzip in der Tumorthherapie“

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich in Deutschland die Fallzahlen für Brustkrebs nahezu verdoppelt. Die Gynäkologin, Frau Prof. Pia Wülfing, liefert mit PINK! Antworten für Patientinnen von der Diagnose bis zur Nachsorge. Im Interview mit dem Ärztenachrichtendienst bringt die Ärztin die Kolleginnen und Kollegen zusätzlich auf den neuesten Stand rund um Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms.



©MdSabbir / stock.adobe.com Oktober ist Brustkrebsmonat.

Wenn Sie etwas zurückblicken, Frau Prof. Wülfing, sind Brustkrebsfälle dann in Deutschland in den vergangenen Jahren häufiger geworden oder entdecken wir nur einfach mehr, weil sich die Diagnostik verbessert hat?

Dazu haben wir sehr gute Daten und ja, die Fälle sind mehr geworden. Seit den 1980er Jahren hat sich die Zahl der Brustkrebsfälle in Deutschland verdoppelt, und zwar auf rund 70.000 Fälle pro Jahr. Darüber hinaus entdecken wir die invasiven Karzinome und deren Vorstufen heute meist sehr viel früher und verbessern dadurch vor allem die Prognose der betroffenen Frauen. Es wird dem Screening häufig angelastet, dass es überdiagnostizieren würde. Aber es liegt ja nicht am Screening, dass die Inzidenzen steigen. Dank Screening werden nicht mehr Fälle insgesamt entdeckt, sondern die Diagnostik gelingt früher. Und das führt letztlich zur verbesserten Prognose. Im Screening sehen wir zudem die frühen Vorstufen, die Carcinoma in situ-Varianten, die noch nicht als Brustkrebs eingestuft werden. Dies ist in jedem Fall zusätzlich positiv zu werten, weil aus diesen Vorstufen dann im Verlauf von bis zu 15 Jahren ein invasives Mammakarzinom entstehen würde. Das ist dann nicht nur Früherkennung sondern quasi Prävention.

In der Praxis sind junge Frauen beim Brustkrebs-Screening eher zurückhaltend. Stichwort: Strahlenbelastung. Wie sollten niedergelassene Ärzt:innen hier argumentieren und gibt es überhaupt gleichwertige Diagnostikmethoden, falls das Screening grundweg abgelehnt wird?

Die Strahlenbelastung bei der Mammographie, um die es ja im Screening geht, ist sehr gering und man kann davon ausgehen, dass sie nicht zu einem erhöhten Krebsrisiko beiträgt. Jegliche Daten, die wir aus dem in zum Beispiel Skandinavien schon lange durchgeführten Screening haben, sprechen dagegen, dass man einen schädigenden Effekt hat. Die Geräte sind beständig besser geworden. Durch die Kompression der Brust, die bei der Mammographie erfolgt, braucht man auch weniger Strahlendosis. Und da muss man einfach ganz klar sagen: der Nutzen überwiegt das potenzielle Risiko. Nichtsdestotrotz wissen wir, dass ionisierende Strahlen potenziell karzinogen sind und natürlich theoretisch Röntgenstrahlen die Entstehung von Krebszellen begünstigen können. Für mich liegt hier allerdings die Nutzen-Risiko-Abwägung ganz klar auf der Seite des Nutzens und das haben eigentlich auch alle meine Patientinnen immer sehr gut verstanden.

Wenn eine Frau aber nun überhaupt gar kein Mammografie-Screening mitmachen möchte, dann bleiben als strahlenfreie Untersuchungen der Ultraschall und die MRT-Mammographie. Hier muss man aber auch sagen, dass der Ultraschall zwar eine praktikable Methode ist, aber ohne Tastbefund bzw. entsprechende Indikation keine Kassenleistung. Ferner gibt es hier den Nachteil, dass Vorstufen eben nicht so gut erkannt werden können, insbesondere der Mikrokalk, der wiederum als Indikator für das duktales Carcinoma in situ gilt, was gerade mit dem Mammografie-Screening früh erkennbar wird. Die sonographische Untersuchung der Brust ist aber eine sehr gute Ergänzung zur Mammografie.

Die MRT-Mammographie ist kein klassisches Screenings-Instrument. Sie findet in der Regel dann Anwendung, wenn in der Mammografie oder im Ultraschall unklare Befunde auftreten. Insbesondere bei jungen Frauen mit dichtem Brustgewebe oder bei, invasiv lobulären Karzinom kann es sinnvoll sein, eine MRT-Mammografie durchzuführen. Nachteil: Die MRT-Mammografie hat eine hohe Sensitivität und das steigert das Risiko falsch positiver Ergebnisse („Fehlalarm“). Und im Unterschied zur Mammographie fehlt bei der MRT immer noch eine international akzeptierte Standardisierung und Validierung.

Beim Kolonkarzinom war zuletzt ein neuer Trend in der Diskussion: Die Betroffenen werden immer jünger. Sehen Sie aktuell ähnliche Trends beim Mammakarzinom? Wenn ja, was sind mögliche Gründe?

Dass die Betroffenen immer jünger werden, scheint beim Mammakarzinom eher ein „Scheintrend“ zu sein. Vielleicht ist unsere Wahrnehmung hier dadurch etwas verzerrt, dass jüngere Patientinnen natürlich, wenn sie an die Öffentlichkeit treten und vielleicht auch noch prominent sind, immer mehr Aufmerksamkeit erzeugen. Schauen wir uns allerdings die tatsächlichen Zahlen an, stimmt das eigentlich so nicht. Obgleich inzwischen jede dritte Patientin unter 55 Jahre alt ist und jeder von uns natürlich auch zahlreiche deutlich jüngere Patientinnen kennt – im Alter unter 40, unter 35, oder sogar auch unter 30 Jahren. Aber statistisch betrachtet, lässt sich kein Trend zu immer jüngeren Patientinnen mit Mammakarzinom belegen.

Wurde schließlich ein Mammakarzinom entdeckt, wie geht es für die Frauen heute leitliniengerecht weiter? Was sind ganz neue Verfahren und für welche Frauen kommen diese infrage?

Bei der weiteren Therapie eines histopathologisch gesicherten Mammakarzinoms geht der Trend vor allem zur Deeskalation der Therapie. Also grundsätzlich unterscheiden wir zwischen drei tumorbiologischen Typen beim Mammakarzinom und an dieser Biologie des Tumors hängt schließlich auch die komplette weitere Therapieentscheidung. Wir haben die hormonempfindlichen Tumoren, die Her2-positiven Tumoren und wir haben die triple-negativen Tumoren als erste grobe Einteilung.

Dass Her2-positive und triple-negative Tumoren eine Chemotherapie meist in Kombination mit zielgerichteten Therapien erhalten müssen, ist klar. Schwieriger ist es aber bei hormonempfindlichen Tumoren, deren andere Charakteristika nicht vollkommen harmlos (G1, niedriges Ki67, klein etc.) sondern eher „in between“ (G2, hohes Ki67, größere Tumoren etc.) sind. Die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie ist uns bei solchen Patientinnen oft schwergefallen. Für diese letztgenannte Gruppe von Tumoren hat sich mittlerweile durchgesetzt, eine Genexpressionsanalyse durchzuführen, um das Risiko anhand der Tumorgenetik besser einschätzen zu können, und um eine Chemotherapie möglichst vermeiden zu können, je nach Genexpressionsmuster des Tumors.

Darüber hinaus hat sich gerade in den letzten zwei, drei Jahren auch an vielen Zentren schon eine vierwöchige kurze Anti-Hormontherapie als neoadjuvante Therapie durchgesetzt, mit der versucht wird, diejenigen Tumoren herauszufinden, die wirklich zwingend einer Chemotherapie zugeführt werden müssen. Ich persönlich finde dieses Thema der Deeskalation am allerwichtigsten und dann natürlich die leitliniengerechte Therapie der jeweiligen Tumoren je nach Tumorstadium und vor allem nach ihrer Tumorbiologie entsprechend den Empfehlungen, die jährlich aktualisiert werden.

Neue medikamentöse Therapien halten ja immer erst in der metastasierten Situation Einzug und rutschen dann in den Therapielinien immer weiter nach vorne. Das, was in den letzten Monaten bzw. Jahren in der Adjuvanz, Neoadjuvanz bzw. Postneoadjuvanz „neu“ angekommen ist, sind die CDK46-Inhibitoren, die bei Hormonrezeptor-positiven Patientinnen mit erhöhtem Risiko nun auch in der adjuvanten Therapie empfohlen werden. Und nicht zuletzt sind die PARP-Inhibitoren bei BRCA-Mutationen in der adjuvanten Therapie angekommen. Da ist konkret das Olaparib zu nennen, zugelassen zur adjuvanten Therapie als Monotherapie oder in Kombination mit einer endokrinen Therapie bei Vorliegen einer BRCA1/2-Mutation.

Also in der frühen Situation neu ist noch, dass man beim triple-negativen Mammakarzinom einen PD-1-Inhibitor und zwar das Pembrolizumab einsetzen kann und zwar in Kombination mit Chemotherapie zur neoadjuvanten Therapie oder anschließend nach der Operation als Monotherapie in der Adjuvanz eben bei triple-negativem Mammakarzinom mit hohem Rezidivrisiko. Es gibt auch die Zulassung für Pembrolizumab in der metastasierten Situation beim triple-negativen Mammakarzinom mit einem PD-L1-exprimierenden Tumor. Und es gibt da noch das Atezolizumab, was ebenfalls beim triple-negativen metastasierten Mammakarzinom mit PD-L1-Expression zugelassen ist.

Dann gibt es an neuen Substanzen die Antikörper-Wirkstoff-Konjugate. Das älteste von diesen ist das T-DM1 (Trastuzumab-Emtansin), welches schon lange bei Her2-positiven Tumoren eingesetzt wird. Jetzt gibt es aber auch zwei weitere dieser Konjugate, das Sacituzumab Govitecan und das Trastuzumab-Deruxtecan, durch die eine zielgerichtete Therapie in der metastasierten Situation erfolgen kann.

Das Informationsbedürfnis der Frauen trifft in der Regel auf enge Zeitbudgets der Ärzt:innen. Sie haben mit PINK! mittlerweile eine sehr spannende und informative Plattform sowie eine App geschaffen, die gerade Frauen mit Brustkrebs eine Anlaufstelle bietet, um sich zuverlässig und leitlinienkonform zu informieren. Was empfehlen Sie den Kolleg:innen, wann ist der richtige Zeitpunkt auf PINK! hinzuweisen? Was erwartet die Patientinnen bei PINK! und wie können die PINK! Angebote Kolleg:innen unterstützen?

PINK! ist eine digitale Brustkrebsplattform für Patientinnen von der Diagnose bis in die Nachsorge. Unsere Angebote reichen von der Website, die vor allem über alle medizinischen, psychologischen, emotionalen und sozial-medizinischen Themen informiert, über Webinare, die zweiwöchentlich stattfinden, über einen jährlichen Kongress, einen psychoonkologischen Onlinekurs, den wir gerade wissenschaftlich im Rahmen einer Studie evaluieren, und die als DiGA zugelassene Coaching App „PINK! Coach!“.

Je nachdem, wo die Patientinnen den größten Bedarf haben, sind natürlich unterschiedliche Angebote in den verschiedenen Phasen der patient journey für sie interessant. In der Realität bekommen wir immer mit, dass die Kollegen und die Brustzentren oder Radiologen bereits früh im Erstgespräch nach der Brustkrebsdiagnose auf PINK! verweisen – auf www.pink-brustkrebs.de, unsere Website. Und dort finden die Patientinnen auch unsere weiteren Angebote zusammengestellt. Glücklich und dankbar sind wir natürlich besonders, wenn von Kollegen auch ganz konkret die App „PINK! Coach“ verordnet wird. Oder sie die App den Patientinnen empfehlen.

Um als Patientin das Angebot der App nutzen zu können, müssen wenige Voraussetzungen erfüllt sein: Die Patientin muss mindestens 18 Jahre alt und an einem gesicherten Mammakarzinom erkrankt sein. Da die App eine DiGA ist, genügen Befundnachweis oder Arztbrief, damit die Patientin die kostenfreie Nutzung der App bei der Krankenkasse beantragen kann. Wobei „Antrag“ zu kompliziert kennt. Eine Email an die Krankenkasse sollte reichen. Noch unkomplizierter läuft es für die Patientin, wenn die Ärzte ein Rezept ausstellen. Dabei können Ärzte aller Fachrichtungen, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis, und Psychotherapeuten ein Rezept ausstellen. Sollte dies nicht möglich sein, dann sollten Kolleg:innen die Patientinnen möglichst darauf hinweisen, dass sie sich gegen einen Diagnosenachweis den kostenlosen Freischalt-Code für den „PINK! Coach“ bei ihrer zuständigen Krankenkasse holen können.

Die Patientin erhält dann bei der Nutzung der App PINK! Coach unter anderem ein tägliches, personalisiertes Coaching, in dem sie vor allem im Bereich der Komplementärmedizin (Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit) angeleitet wird, selbst aktiv zu werden im Sinne eines guten Nebenwirkungsmanagement und prognostisch relevanten Lebensstilveränderungen.

Kolleg:innen können sich bei Fragen jederzeit gerne bei uns melden (fachkreise@pink-brustkrebs.de) und zudem gern testweise einen Freischaltcode von uns bekommen. Diesen gibt es unter www.pink-brustkrebs.de im Fachkreise-Bereich. Damit können sie sich ganz einfach ein eigenes Bild machen und die App oder auch die Website unterstützen. Ein großer Vorteil für die Kolleg:innen, wenn Patientinnen PINK! und vor allem die App nutzen: die große Detailtiefe der Informationen kann das Arztgespräch entlasten, sodass mehr Zeit für das Wesentliche bleibt – den Arzt-Patientinnen-Kontakt.

Haben Sie vielleicht noch einen Tipp an die Kolleg:innen in der Praxis, was momentan im Bereich Mammakarzinom heiß diskutiert wird und womit es sich für die Zukunft zu beschäftigen lohnt? Sind es KI und auch die DiGAs, oder ganz etwas anderes?

Ich denke, was auf uns zukommen wird, ist eine KI-unterstützte Behandlungsrealität – ob das nun Behandlungspfade und Therapieempfehlungen oder KI-unterstützte Untersuchungen sein werden. Die Bildgebung z. B. in der Mammografie oder auch die Pathologie, aber auch Tumorkonferenzen sind hier denkbare Einsatzgebiete. Ich denke aber nicht, dass uns dies als Ärztinnen und Ärzte irgendwie überflüssig machen wird, sondern, dass es wirklich als Unterstützung gesehen werden kann und wir dadurch einfach qualitativ noch besser und zeitlich entlastet werden.

Die DiGAs werden hoffentlich ein ganz regulärer Teil der Therapie und nicht mehr als Novum angesehen, wie wir das im Moment noch erleben.

Sonst erwarte ich ebenso zahlreiche neue Medikamente. Allein in den vergangenen drei Jahren hat sich so viel im Bereich des Mammakarzinoms getan wie viele Jahre davor nicht. Ich hoffe natürlich auch im Interesse der Patientinnen, dass das so weitergeht, dass wir eine wesentlich differenziertere, wirklich zielgerichtete Therapie bekommen werden – möglichst für jede Patientin und für jeden Tumor. Wir kommen damit dann hoffentlich weg vom bisherigen „Gießkannenprinzip“ der Tumorthherapie, aber das ist sicherlich noch Zukunftsmusik.

Das Interview führte Dr. Marcus Mau.



©Prof.

Pia Wülfing „Im Alltag bekommen wir immer wieder mit, dass die Kolleg:innen und die Brustzentren oder Radiolog:innen bereits früh im Erstgespräch nach einer Brustkrebsdiagnose auf PINK! verweisen – auf www.pink-brustkrebs.de, unsere Website. Dafür sind wir natürlich sehr dankbar“, sagt Prof. Pia Wülfing im änd-Interview.

Zur Person:

Frau Prof. Dr. med. Pia Wülfing ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und seit mehr als 20 Jahren auf das Thema Brustkrebs spezialisiert. Sie ist überdies eine international erfahrene Referentin bei zahlreichen Kongressen und Fortbildungen zum Thema Mammakarzinom. Pia Wülfing hat 2020 die Plattform „PINK! Aktiv gegen Brustkrebs“ (pink-brustkrebs.de) gegründet und verschafft sich als leidenschaftliche Ärztin und Frau im Kampf gegen den Brustkrebs in einer eigenen Podcast-Reihe zusätzliches Gehör.