

# Die Betroffenen wollen mehr Nachsorge – vor allem apparativ

H.-J. Stemmler<sup>1</sup>, P. Stieber<sup>2</sup>, I. Bauerfeind<sup>3</sup>, S. Kahlert<sup>3</sup>, U. Goldmann-Posch<sup>4</sup>, V. Hoffmann<sup>1</sup>, V. Heinemann<sup>1</sup>

**Die Nachsorge von Patientinnen mit Mammakarzinom orientiert sich an den derzeit gültigen internationalen und nationalen Leitlinien der Fachgesellschaften. Diese Leitlinien sprechen sich für eine rein symptomorientierte Nachsorge beim Mammakarzinom aus. Diese Praxis stößt bei den Betroffenen aber immer wieder auf Unverständnis. Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse einer von der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Selbsthilfeorganisation Mamazone e.V. initiierten Umfrage unter in Selbsthilfegruppen organisierten Patientinnen zusammen.**

Die meisten neu aufgetretenen Metastasen bei Patientinnen mit Mammakarzinom werden zwischen den regulären Nachsorgeterminen diagnostiziert. Darüber hinaus haben ältere klinische Studien gezeigt, dass ein erweitertes, intensiviertes Nachsorgeprogramm mit Röntgendiagnostik der Lunge, Knochenszintigramm, Oberbauchsonographie oder Computertomographie bei asymptomatischen Patientinnen keinen Überlebensvorteil erbringt. Deshalb sollte nicht routinemäßig nach Fernmetastasen gesucht werden, solange die Patientinnen symptomfrei sind.

Im Statement 50 der nationalen S3-Leitlinie wird daher empfohlen: „Labor- und apparative Diagnostik sind nur bei anamnestischem oder klinischem Verdacht auf Rezidiv und/oder

Metastasen einzusetzen (level of evidence 1a, Empfehlungsgrad B).“

## Die Fakten

Die überwiegende Mehrheit der Rezidive wird innerhalb der ersten zehn Jahre nach einer kurativ behandelten Mammakarzinomerkrankung diagnostiziert, wobei innerhalb dieses langen Zeitraumes die meisten Rezidive zwischen dem zweiten und fünften Jahr klinisch manifest werden (1–4). Neben den bislang in der S3-Leitlinie klar niedergelegten Empfehlungen zur Nachsorge wurde immer wieder diskutiert, ob eine intensiviertere Nachsorge (Labor und erweiterte Bildgebung) mit der möglichen frühzeitigeren Diagnose eines systemischen Rezidivs nicht doch eine Prognoseverbesserung mit sich bringt. Hierzu sind zwei große, randomisierte Studien sowie ein Cochrane-Review erschienen, die aber allesamt keinen Vorteil zugunsten einer intensiveren, apparativen Nachsorge zeigen konnten (5–7).

Allerdings gaben 70% der sowohl in den Beobachtungsarm als auch in den Nachsorgearm randomisierten Patientinnen an, dass sie auch bei völliger Beschwerdefreiheit in regelmä-

ßigen Abständen von ihrem betreuenden Arzt gesehen werden wollen.

In einer Kostenanalyse, die eine minimalistische Nachsorge mit einer intensivierten Nachsorge über einen Zeitraum von fünf Jahren verglich, belief sich der finanzielle Aufwand für eine intensiviertere Nachsorge auf 5.735 US \$ und war damit mehr als fünffach höher als eine minimalistische Nachsorge (1.025 US \$). Unter rein volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten gesehen spart diese minimalistische Nachsorge in den USA 821 Millionen US \$ pro Jahr (8).

## Die Umfrage bei Patientinnen nach Therapie

In einem strukturierten Fragebogen (29 Fragen, 58 Variablen) wurden 658 Patientinnen mit einem anamnestisch bekannten Mammakarzinom zum Thema Nachsorge schriftlich befragt. Der gesamte Fragebogen ist im Internet unter [http://med3.klinikum.uni-muenchen.de/ycms/Studien\\_80.htm](http://med3.klinikum.uni-muenchen.de/ycms/Studien_80.htm) abrufbar. Die Umfrage wurde in Kooperation mit der Selbsthilfeorganisation Mamazone e.V. durchgeführt.

## Patientinnen wünschen mehr Apparate-Diagnostik

Von insgesamt 658 angeschriebenen Patientinnen antworteten 349 (53%) und wurden daher in die Auswertung der Umfrage aufgenommen. Sämtliche Befragten gehörten einer Selbsthilfegruppe an, das Alter betrug zwischen 25 und 79 Jahren (Median: 52 Jahre). Ungefähr drei Viertel der befragten Patientinnen waren zum Befragungszeitpunkt krankheitsfrei (75,8%). Knapp 60% der Befragten führen die Nachsorge bei einem Arzt durch, aber immerhin 32% suchen

<sup>1</sup> Medizinische Klinik und Poliklinik III

<sup>2</sup> Institut für klinische Chemie

<sup>3</sup> Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

<sup>1-3</sup> Klinikum der LMU München, Standort Großhadern

<sup>4</sup> Vorstand, Mamazone e.V., Augsburg

### Ist eine Nachsorge notwendig?

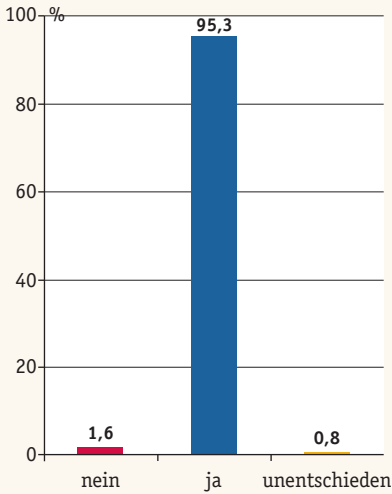


Abb. 1: Die überwältigende Mehrheit der befragten Patientinnen hält eine Nachsorge für notwendig.

zwei und 6% sogar drei Ärzte auf. Mit einer Zustimmung von 95,3% ließen die befragten Patientinnen an der Notwendigkeit einer Nachsorge keinen Zweifel (s. Abb. 1).

Auf die Frage, welche Untersuchungen bisher im Rahmen der Nachsorge regelmäßig durchgeführt wurden, zeigte sich folgendes Bild (s. Tab. 1):

Auf die Frage, ob der bisherige medizinisch-apparative Aufwand der Situation gerecht wird, antworten 51,3% der Befragten, dass sie die Nachsor-

### Ist der medizinisch-apparative Aufwand angemessen?

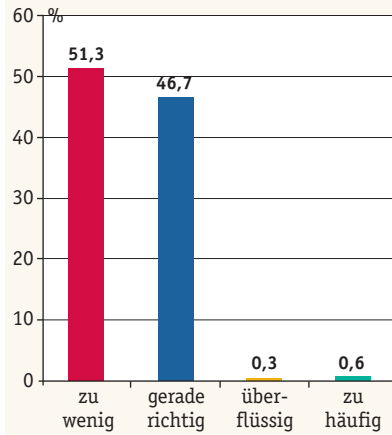


Abb. 2: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten empfindet die Nachsorge als zu wenig apparateorientiert.

ge als zu wenig *apparateorientiert* empfinden, 46,7% sind mit den bisher durchgeführten Untersuchungen zufrieden. Als überflüssig oder zu häufig wurde die Nachsorge nur in Einzelfällen befunden (s. Abb. 2).

Knapp drei Viertel der Patientinnen (74,2%) empfinden die zeitlichen Abstände der bislang durchgeführten Nachsorge als angemessen, und ein Viertel der Befragten (25,2%) wünscht sich eine engmaschigere Überwachung. Dabei würde eine Mehrheit der befragten Patientinnen an einer Nach-

sorgestudie teilnehmen (91,2%), wobei der Großteil nicht bereit wäre, sich im Rahmen einer solchen Untersuchung randomisieren zu lassen. Die Mehrzahl der Befragten würde daher nur an einer *einarmigen*, also nicht randomisierten Studie teilnehmen (66,1%) (s. Abb. 3 auf S. 918).

### Intensivierte Nachsorge würde Patientinnen beruhigen

Hierbei ist die Erwartung an diese intensivierte Nachsorge groß. Die Mehrheit der befragten Patientinnen (88,8%) empfindet bei dem Gedanken an eine intensivere Nachsorge nicht das Gefühl der Unruhe oder Angst, sondern vielmehr ein Gefühl der Beruhigung und ein Gefühl der Sicherheit (s. Abb. 4 auf S. 918).

Darüber hinaus halten 97,1% der befragten Patientinnen die Nachsorge auch deshalb für wichtig, da sie zu einer sinnvollen Auseinandersetzung mit der Krankheit führt. Von einem Rezidiv möchte die überwiegende Mehrheit lieber frühzeitig erfahren, wenn eine solche frühere Diagnose in der weiteren Behandlung hilfreich wäre (98,9% der krankheitsfreien und 97,2% der metastasierten Patientinnen). Dass eine frühzeitige Diagnose eines Rezidivs das Überleben günstig beeinflusst, glauben 96,5% der krankheitsfreien und 85,7% der metastasierten Patientinnen.

### Minimal-Nachsorge gemäß Leitlinien nicht ausreichend?

Außerhalb einer rein symptomatischen Nachsorge, die um ärztliches Gespräch und Untersuchung sowie um regelmäßige Mammographien erweitert wird, gibt es keine klaren Empfehlungen für eine erweiterte Diagnostik in der Nachsorge von Mammakarzinompatientinnen. Verschiedene randomisierte Studien und ein Cochrane Review haben gezeigt, dass eine intensivierte Nachsorge zwar Rezidive bei asymptomatischen Frauen früher entdecken kann, sich diese Früherkennung aber nicht in einem Überle-

### Untersuchungen im Rahmen der Nachsorge

n=349	n	%
ärztliches Gespräch/Anamnese	347	99,4
körperliche Untersuchung	305	87,4
Mammographie	339	97,1
Laboruntersuchungen (außer Tumormarker)	320	91,7
Tumormarker	313	89,7
Röntgen der Lunge	244	69,8
Ultraschall	335	96,0
Skelettszintigraphie	231	66,2
Computertomographie	127	36,4
Positronenemissionstomographie	41	11,7

Tab. 1: Bisher im Rahmen der Nachsorge regelmäßig durchgeführte Untersuchungen. Unterlegt: offiziell empfohlene Nachsorgeuntersuchungen bei asymptomatischen Patientinnen.

## Würden Sie an einer Nachsorgestudie teilnehmen?

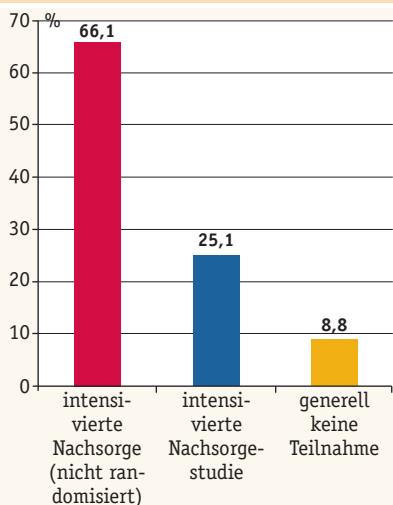


Abb. 3: 91,2% der Patientinnen wären zur Teilnahme an einer Nachsorgestudie bereit.

## Eine intensivierte Nachsorge bedeutet...?

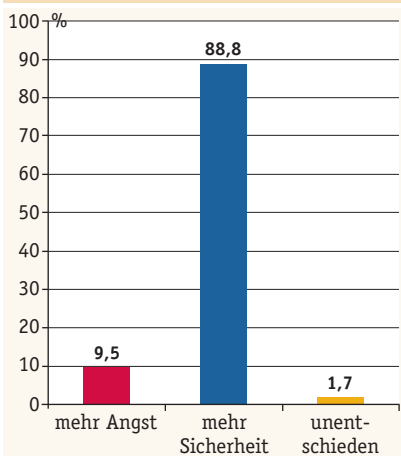


Abb. 4: Eine intensivierte Nachsorge würde der Mehrheit der Patientinnen ein größeres Sicherheitsgefühl geben.

benszeitgewinn auswirkt (5–7). Allerdings konnten Cocconi et al. zeigen, dass die negativen Ergebnisse dieser Studien vorhersagbar waren (9). Hauptkritikpunkte waren der überwiegend palliative Therapieansatz, das Fehlen kurativer oder zumindest intensiverer Therapieansätze sowie die damals eingeschränkten antihormonellen, chemotherapeutischen, aber auch interventionellen Möglichkeiten.

Gerade aber in den letzten Jahren wurden erhebliche Fortschritte auf dem Gebiet der chirurgischen und v.a. interventionell radiologischen Verfahren gemacht. So konnten Vlastos et al. zeigen, dass bei hochselektionierten Patientinnen ein chirurgisches Vorgehen, z.B. Metastasektomie, einen Überlebensgewinn bedeuten kann (10). Möglicherweise sind es gerade diese Patientinnen, die von interdisziplinären, multimodalen Therapieansätzen profitieren könnten. Allerdings sind diese oligometastasierten Patientinnen meist asymptomatisch und würden daher erst im Rahmen einer intensivierten Nachsorge auffallen. Auch ist völlig unklar, ob sich durch den Einsatz moderner antihormoneller Therapiemöglichkeiten wie der Aromatasehemmer zu einem sehr frühen Zeitpunkt – also zu einem Zeitpunkt, an dem die Patientinnen meist asymptomatisch sind – möglicherweise doch ein Überlebensvorteil ergibt.

Die Ergebnisse dieser nicht repräsentativen Umfrage spiegeln die Sichtweise der betroffenen Patientinnen wider und können im Wesentlichen in drei Kategorien gegliedert werden:

- Viele Frauen entwickeln nach Abschluss der Primärtherapie ein Gefühl der Unsicherheit, das u.U. Jahre anhalten kann. Das Gefühl, *aktiv etwas beizutragen*, hilft vielen Betroffenen bei der Bewältigung einer Krebserkrankung. Es zeigt sich also, dass – im Gegensatz zur sonst breit gescholtenen *Apparatedizin* – in einer weniger emotional geführten Umfrage eine intensivierte Nachsorge, eben unter Ausschöpfung dieser Apparate, von den Patientinnen gerade nicht als *zu viel* oder *zu beängstigend* empfunden wird, sondern eher das Gegenteil der Fall ist.

- Offensichtlich gibt es eine Diskrepanz zwischen den gegenwärtigen Fakten und den Erwartungen der betroffenen Patientinnen. So hält die überwiegende Mehrheit der befragten Patientinnen eine Nachsorge nicht nur für notwendig (95,3%), sondern

mehr als die Hälfte empfindet die durchgeführte Nachsorge sogar als zu wenig apparativ ausgerichtet (51,3%), und immerhin wünschen sich 25,2% eine engmaschigere Überwachung.

- Ein letzter Punkt betrifft die ärztliche Seite der Nachsorge: Inkonsequenterweise wird ärztlicherseits eine Nachsorge angeboten, die weit über das gegenwärtig empfohlene Maß hinausgeht, wie die Ergebnisse in Tabelle 1 (S. 917) zeigen. Dabei sucht ein Drittel der befragten Patientinnen mehrere Ärzte für eben diese Nachsorge auf. Das lässt darauf schließen, dass Patientinnen nicht selten mehrere ärztliche Anlaufstellen in Anspruch nehmen müssen, um die Nachsorge zu bekommen, an die sie glauben und die sie sich wünschen.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Patientinnen wäre zur Teilnahme an einer Nachsorgestudie bereit, allerdings mit einem nicht randomisierten Design. Möglicherweise ist eine solche neue Nachsorgestudie aufgrund der geänderten diagnostischen, aber auch therapeutischen Rahmenbedingungen beim Mammakarzinom angebracht. Die Patientinnen und wohl auch die Ärzte sind dazu bereit.

## Literatur bei den Autoren

### Für die Autoren



PD Dr. med.  
**Hans-Joachim Stemmler**  
 Medizinische Klinik und  
 Poliklinik III  
 Klinikum der LMU München  
 Standort Großhadern  
 Marchioninistraße 15  
 81377 München  
 E-Mail Joachim.Stemmler  
 @med.uni-muenchen.de