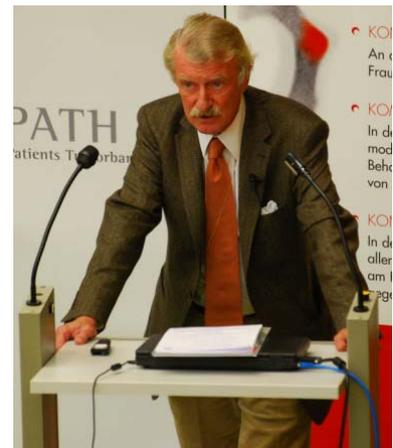


mamazone MAG

Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e.V.



mamazones PROJEKT DIPLOMPATIENTIN



Nachlese
mamazone-Wissenschaftskongress
für Patientinnen 2009



Impressum:

Hg: mamazone Frauen- und Forschung
gegen Brustkrebs e.V.
Max-Hempel-Str. 3, 86153 Augsburg

Redaktion (v.i.S.P.):

Kerstin Aldenhoff, Inge Bördlein-Wahl,
Ulli Kappler, Annette Kruse-Keirath

Fotos: mamazone e.V.

stern105 GmbH & Co. KG

Konzept: Annette Kruse-Keirath
Nachdruck ohne vorherige Zustimmung
des Herausgebers – auch in Teilen –
nicht gestattet

Erscheinungsdatum: Dezember 2009

Inhalt

- Sind Genexpressionsprofile reif für die klinische Anwendung?
- Kann ich erblichem Brustkrebs durch die Entfernung meiner Brüste vorbeugen
- Bisphosphonate beugen Knochenmetastasen vor! Warum zögern wir noch?
- Mit Johann Sebastian Bach gegen tumorbedingte Osteoporose
- Epo während der Chemo - mehr Schaden als Nutzen?
- PONS - eine Nachsorgestudie macht sich auf den Weg
- Die Quadatur des Preises - Spagat zwischen Therapiefreiheit und pharmazeutischen Interessen
- Metastasen sind kein Todesurteil - Plädoyer für eine individualisierte Medizin
- Schreckgespenst triple negativer Brustkrebs – muss man wirklich Angst vor ihm haben?
- Chemotherapie maßgeschneidert - Kinetisches Targeting nach dem Verfahren CARL
- Neuer Reiz für taub gewordene Brustkrebsantennen



Projekt Diplom-Patientin Auch 2009 wieder ein voller Erfolg!

Mein Arzt wundert sich, dass ich plötzlich so gut über meine Erkrankung informiert bin“, berichtete eine von 400 Frauen mit Brustkrebs nach dem Wissenschaftskongress „Diplompatientin“, der vom 8. bis 11. Oktober 2009 zum neunten Mal in Augsburg stattfand. Die Pfälzerin hat die viertägige Brustkrebsakademie in diesem Jahr erstmals besucht und will – gestärkt mit neu gewonnenem Wissen und an Selbstbewusstsein - nun Therapieentscheidungen „auf Augenhöhe“ mit ihren Ärzten treffen. Im stets dicht besetzten großen Hörsaal am Zentralklinikum in Augsburg erfuhren die wissbegierigen Zuhörerinnen, ihre Angehörigen und Ärzte von ausgewiesenen Experten wieder das Neueste aus der Brustkrebsmedizin und der Brustkrebswissenschaft - und das in verständlicher Sprache. Zwei Neuerungen in diesem Jahr sind bei den Besucherinnen sehr gut angekommen: Ein Workshop zu einer selteneren Brustkrebsart, dem triple negativen Brustkrebs, und eine zweistündige offene Hörsaal-Sprechstunde mit Brustkrebsexperten. Weitere Highlights zeigen die nachfolgenden Kongressberichte.



Sind Genexpressionsprofile reif für die klinische Anwendung?

Ganz klar: nein, so Prof. Andreas Schneeweiss. Doch sieht der Forscher von der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg in diesem Ansatz einen wichtigen Schritt zur individualisierten Therapie, da bisher sowohl bei der Chemotherapie als auch bei der Hormontherapie ca. 80 bis 90 Prozent der Frauen übertherapiert sind oder eine falsche Therapie bekommen.

Durch Bestimmung von molekularen Mustern versuchen Forscher die Vielfalt des Brustkrebses besser zu erfassen. Vor allem die sogenannten Gen-Expressions-Signaturen des Tumorgewebes sollen Anhaltspunkte geben, welche Brustkrebspatientinnen von einer bestimmten Therapie am meisten profitieren. Mit einem cDNS-Chip wird

das Gen-Aktivierungs-Muster von Tumorzellen mit dem von gesunden Zellen verglichen. So werden in der amerikanischen TailorX Studie 10.500 Frauen mit hormonrezeptorpositivem, nodal-negativem Brustkrebs (ohne Lymphknotenbefall) mittels eines auf der Analyse der Aktivität von 21 Genen basierenden Metastasierungs-Scores eingeteilt.



Prof. Andreas Schneeweiss von der Uni Heidelberg ist überzeugt: Genexpressionsprofile sind künftig wegweisend für die Therapiekonzeption

Bei geringem Metastasierungsrisiko erfolgt eine Hormontherapie, bei hohem Risiko eine Chemotherapie und eine nachfolgende Hormontherapie. Ziel ist es herauszufinden, welche Patientinnen auf eine adjuvante Chemotherapie verzichten

können. Auch wenn Prof. Schneeweiss einschränkend feststellt, dass es sich bei den bisherigen Forschungsergebnissen um rückblickende Analysen handelt, werden die laufenden Studien – so auch am Nationalen Centrum für Tumorer-

krankungen (NCT) in Heidelberg mit Spannung beobachtet, um den Nutzen einer Chemotherapie und die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs anhand der molekularen Muster der Brustkrebskrankung frühzeitig zu bestimmen. (ka)

Kann ich erblichem Brustkrebs durch die Entfernung meiner Brüste vorbeugen?

Immer mehr junge Frauen stehen vor einer schweren Entscheidung. Als Trägerinnen der Brustkrebsgene BRCA1 oder BRCA2 mit erblichem Brustkrebs belastet, haben sie ein 80 Prozent höheres Risiko, an diesem Tumor zu erkranken. Die prophylaktische Brustamputation ist die effektivste Möglichkeit der Vorbeugung. In den USA und in den Niederlanden lässt sich die Hälfte der Betroffenen die Brustdrüsen entfernen und die Brust neu aufbauen. In Deutschland dagegen, so Prof. Axel Mario Feller, ist die Akzeptanz für diese Prophylaxe bisher gering. Man setze eher auf engmaschige Kontrolluntersuchungen, wie sie in den zwölf Zentren der Deutschen Krebshilfe für erblichen Brust- und Eierstockkrebs angeboten werden. Nur etwa fünf Prozent der betroffenen Frauen entscheiden sich für eine Brustdrüsenentfernung.

Eindrucksvoll zeigte der Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, welche Möglichkeiten des Brustaufbaus die ärztliche Kunst inzwischen bietet. Der Münchener Chirurg favorisiert den Aufbau der Brust mit Eigengewebe, da bei einem Implantat die Komplikationsrate hoch ist.

Meistens bleibt es nur wenige Jahre im Körper, muss regelmäßig überprüft und eventuell ausgetauscht werden, wenn es zu schmerzhaften Kapselfibrosen kommt. Wenn erblicher Brustkrebs vorliegt, komme es bei der Brustoperation darauf an, die Brustdrüse sowie das Unterhautfettgewebe komplett zu entfernen, das heißt: Es bleibt nur ein Hautmantel von etwa 2 mm Stärke.

Nur dann sei das Brustkrebsrisiko nahezu ausgeschlossen. Prof. Feller entwickelte Möglichkeiten des Brustaufbaus mit ausschließlich körpereigenem Gewebe und mikrochirurgischen Techniken, die individuell auf die Brust der betroffenen Frau abgestimmt sind.

Patientinnen mit erblichem Brustkrebs seien in den meisten Fällen jung, schlank und durchtrainiert, berichtete Prof. Feller. In solchen Fällen sei deshalb häufig eine Operation zu favorisieren, bei denen Gewebe aus dem Gesäß in die Brust transplantiert wird.

Vorher-Nachher-Fotos zeigten die eindrucksvollen Ergebnisse der verfeinerten operativen Technik, mit der die Brustform und das Brustvolumen nahezu wieder hergestellt wurde - lediglich auf dem Gesäß blieben zwei parallele Narben zurück.

Die Körperform wird bei dieser Operation nicht beeinträchtigt, da ausschließlich Fettgewebe mit Blutgefäßen, jedoch kein Muskel entnommen wird. Professor Feller machte



Prof. Axel Mario Feller, einer der renommiertesten plastischen Chirurgen Deutschlands, plädiert für einen sachlichen Umgang mit der prophylaktischen Brustentfernung

deutlich, dass seit Einführung der Mikrochirurgie in die Brustrekonstruktion gute ästhetische Ergebnisse möglich sind, die Frauen mit erblichem Brustkrebs die Entscheidung für eine Brustentfernung erleichtern könnten.

Bei der Wahl des Operationsverfahrens sei es jedoch entscheidend, dass keine onkologischen Kompromisse zugunsten der Ästhetik eingegangen werden (ka).

Implantat

ein im Körper eingepflanztes künstliches Material, beim Brustaufbau meistens eine Silikonprothese, die permanent oder zumindest für einen längeren Zeitraum dort verbleiben soll.

Kapselfibrose

tritt meistens im ersten Jahr nach der Implantat-Operation auf, wenn der Körper das Brustimplantat als Fremdkörper versteht und sie mit einer dickeren, verhärteten Bindegewebsschicht gegen den Körper „abkapselt“. Im schlimmsten Fall nehmen die Brustimplantate die Form einer Kugel an - das sogenannte „Tennisballphänomen“ - und können sogar platzen. Dann hilft nur operatives Entfernen und Austausch. Eine Garantie, dass keine erneute Kapselbildung auftritt, gibt es nicht.



Moderatorin Inge Bördlein-Wahl wollte es ganz genau wissen: Warum werden Bisphosphonate nicht als Standardtherapie eingesetzt?

Bisphosphonate beugen Knochenmetastasen vor!

Durch die adjuvante Therapie mit Bisphosphonaten können Knochenmetastasen verhindert und gleichzeitig kann das erhöhte Osteoporoserisiko, das durch Krebstherapien entsteht, gesenkt werden. Das war wieder die klare Botschaft von Prof. Dr. Ingo Diel an die Zuhörerinnen, die er mit Studienergebnissen untermauerte. „Tumorzellen können nur auf einem fruchtbaren Boden wachsen“, so Professor Diel. Durch Beeinflussung des Knochenstoffwechsels wirken Bisphosphonate als Metastasenprophylaxe beim Mammakarzinom, so das Ergebnis seiner weltweit ersten Studie aus dem Jahre 1998).

Größere Studien von 2002, 2007 und 2008 bestätigten diese Daten. Der Effekt bestehe zum einen darin, dass der Knochenstoffwechsel normalisiert werde zum anderen, dass die Bisphosphonate vermutlich tumortoxisch wirkten, so Diel. Außergewöhnlich sei das Ergebnis der weltweiten AZURE-Studie: Von 200 Patientinnen, die mit einer neoadjuvanten - also präoperativen Chemotherapie - behandelt wurden, erhielt die eine Hälfte ein Bisphosphonat (Zoledronat), die andere Hälfte ein Placebo. In der Gruppe der mit Bisphosphonaten behandelten Patientinnen kam es doppelt so häufig zum vollständigen Verschwinden (Komplettremission) bzw. zu einer deutlichen Verkleinerung des Tumors als bei der Placebogruppe.

Die Frage, ob Bisphosphonate zur Standardbehandlung in der adjuvanten Therapie gehören, sei damit eindeutig mit „JA!“ zu beantworten. Für Brustkrebspatientinnen empfiehlt sich der Gang zum Spezialisten: Gynäko-Onkologen können problemlos Bisphosphonate adjuvant verschreiben, sagte Diel.

Neu sei die Erkenntnis, dass weniger Substanz offensichtlich den gleichen Effekt habe - nämlich erhöhte Knochenmasse und verbessertes Überleben -, aber keine Kieferosteonekrosen auslöse. Somit hat Diel



Prof. Ingo Diel aus Mannheim hat in Studien gezeigt: Bisphosphonate helfen nicht nur dem Knochen, sondern wirken auch gegen Krebs

zufolge eine zweimal jährliche Zoledronat-Infusion (alle sechs Monate) wahrscheinlich die gleiche Wirkung wie die tägliche Einnahme von Clodronat. Auch die Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie (AGO) empfiehlt deshalb inzwischen Bisphosphonate in der adjuvanten Situation.

Ein weiteres wirkungsvolles Medikament wird seit 2008 in ersten Studien untersucht. Prof. Diel stellte den neuen Antikörper Denosumab vor, der die übermäßige Aktivierung des Knochenabbaus bremst. In einer Studie mit 200 Patientinnen unter Therapie mit einem Aromatase-

hemmer zeigte sich, dass sich durch Denosumabgabe alle sechs Monate die Knochendichte nach 24 Monaten erhöhte. Eine Vergleichsstudie von Denosumab und Zole-

dronat bei 2000 Brustkrebspatientinnen mit Knochenmetastasen ergab, dass das Auftreten von Komplikationen (z.B. Knochenbrüche) bei Frauen, die den Antikörper beka-

men, im Vergleich zu denjenigen mit einer Bisphosphonattherapie deutlich verlängert war. Auf das Gesamtüberleben hatte das jedoch keinen Einfluss. (ka)

Mit Johann Sebastian Bach gegen tumorbedingte Osteoporose

„Tönet ihr Pauken, erschallet Trompeten!“ Mit der bekannten Bach-Kantate begann und schloss Dr. Christian Günther seinen äußerst unterhaltsamen Vortrag, bei dem er die Diplompatientinnen sogar ins Schwitzen und zum Singen brachte: Mit der Aufforderung „Jetzt tun wir mal etwas für unsere Knochen!“ begann für die Zuhörerinnen im Hörsaal ein wilder Ritt auf dem Platz, angefeuert von einem höchst dynamischen Osteoporose-Facharzt.

Die systemische Skeletterkrankung, bei der die Knochenfestigkeit allmählich abnimmt, ist gerade für Brustkrebspatientinnen ein Thema, deren Knochen durch Chemo- und Hormontherapie angegriffen sind. Der Chefarzt des Deutschen Zentrums für Osteoporose Bad Füssing machte deutlich, wie sehr die Krank-

heit mit 7,8 Millionen Betroffenen unterschätzt wird. Jahrelang unbemerkt, wird sie viel zu spät erkannt und behandelt. So verliert ein Drittel aller Frauen über 50 Jahre bis zu 10 Prozent Knochenmasse pro Jahr. Schmerzhaftes Wirbel- einbrüche sind die Folge, am Ende steht oft Immobilität.

Dabei müsste viel eher eingegriffen werden. Ein Skandal, so der Facharzt, dass die Bezahlung der Knochendichtemessung und die Verschreibung von Vitamin D von den Krankenkassen erst dann bezahlt wird, wenn schon Knochen gebrochen sind. Ein Skandal auch, dass

nur 10 Prozent der Erkrankten eine richtige Behandlung bekommen. Für Brustkrebspatientinnen ist die Situation verschärft. So tritt schon nach 12 Wochen Behandlung mit einem Aromatasehemmer eine extreme Östrogenreduktion ein, die den Knochenabbau beschleunigt.

Wichtig ist die regelmäßige Überprüfung der Knochendichte. Diese sollte röntgenologisch an Wirbelsäule und Schenkelhals gemessen werden. (DEXA-Methode). Ansonsten hilft vor allem Bewegung und Muskeltraining. Dr. Günther berichtete von einer 70jährigen Osteoporose-Patientin, die ihn dadurch verblüffte, dass sie ihre schlechten Knochendichte-Werte wieder in die Nähe des Normalbereichs an hob: Sie hatte die „Muckibude“ für sich entdeckt, ging viermal in der Woche trainieren und arbeitete sich von 1,5 Kilo Widerstand in der Beinpresse hoch bis auf 12 Kilo. (ka)



Als begeisterter Leipziger und ehemaliger Thomaner-Chorist ist Dr. Christian Günther davon überzeugt: „Musik und Singen wirken wie ein Medikament - auch bei Krebs“



Ein ganzer Hörsaal legte sich mächtig ins Zeug und folgte Dr. Günther auch körperlich beim virtuos Galopp zur Osteoporoseprophylaxe

EPO während der Chemo – mehr Schaden als Nutzen?

Professor Günter Schlimok, Chefarzt des Augsburger Klinikums, Hämatologe, internistischer Onkologe, klärte in seinem Vortrag darüber auf, inwieweit das als Doping-Mittel in Verruf geratene Medikament EPO während der Chemotherapie mehr schadet als nutzt. EPO ist die Kurzform für Erythropoetin.

Das Hormon, das die Blutbildung reguliert und zu 90 Prozent in der Niere produziert wird, stimuliert die Bildung roter Blutkörperchen. Seit 1989 wurden künstliche EPO-Präparate in den USA zugelassen, bis 2003 gab es immense Zuwachsraten. Sobald der Hb-Wert während der Chemotherapie unter 12g/dL abfiel, wurde empfohlen, EPO zu spritzen - zur Verbesserung der Le-



Prof. Schlimok berichtete, was neue Studienergebnisse zeigen: Der Einsatz von Epo während der Chemo ist nicht in jedem Fall das Mittel der Wahl

bensqualität. Doch dann zeigten alle veröffentlichten Studien ein erschre-

ckendes Ergebnis: Es gab mehr Krankheitsrückfälle bei EPO-Patienten. Eine Studie mit 13.611 Patienten in den USA zeigte sogar eine zehn Prozent höhere Sterblichkeitsrate.

Als möglicher Grund für die Tumorprogression wird eine gesteigerte Gefäßneubildung durch EPO angenommen. Nach den ASH/ASCO-Leitlinien von 2007 und der Empfehlung der amerikanischen Gesundheitsbehörde Food and Drug Administration (FDA) von 2008 wird eine EPO-Gabe nur bei Chemo-Patientinnen mit einem Ausgangs-Hb-Wert unter 10g/dL angeraten, ansonsten seien Bluttransfusionen zu favorisieren. (ka)

PONS – eine Nachsorgestudie macht sich auf den Weg

Brücken bauen heißt: Zukunft bauen und Unwissenheit abbauen. Unter dieser Überschrift lässt sich die Zielsetzung der Nachsorgestudie PONS (lateinisch: Brücke) zusammenfassen, die mamazone zusammen mit der Tochterstiftung PONS jetzt zügig auf den Weg bringen will. Neues Wissen tut Not, weil die Studien, die zu den derzeitigen Nachsorgeleitlinien geführt haben, noch aus den 90er Jahren stammen und die neuen Therapiemöglichkeiten noch nicht berücksichtigen. Dass auch die Patientinnen selbst mit der derzeitigen Nachsorgesituation mehr als unzufrieden sind, zeigen die ersten Ergebnisse der mamazone-Nachsorgebefragung, die Vorstandsmitglied Annette Kruse-Keirath auf der DIPA präsentierte.



mamazone-Vorstandsmitglied Annette Kruse-Keirath stellte die ersten Ergebnisse der Nachsorgebefragung vor

Frauen in der Nachsorge vermissen vor allem tragfähige Nachsorgestrukturen, engagierte Ärzte, die sich auch über die Leitlinien hinwegsetzen, und aktuelle Studien zur Nachsorge.

Neben der Fachkompetenz des Arztes ist den Frauen vor allem das Eingehen auf individuelle Wünsche wichtig. Ein erstaunliches Ergebnis: Patientinnen in Süddeutschland beurteilen ihre Nachsorge deutlich besser, als Frauen in Norddeutschland. Ein Grund hierfür kann das Honorargefälle und die bessere fi-

nanzielle Ausstattung der onkologischen Strukturverträge in Süddeutschland sein.

Zumindest neues Studienwissen soll die PONS-Nachsorgestudie zu Tage fördern, deren Design Dr. Petra Stieber vom Münchner Klinikum Großhadern anschließend vorstellte. Die PONS-Studie soll zeigen, dass die Früherkennung eines metastatischen Rezidivs sehr wohl einen unmittelbaren Einfluss auf die Überlebenszeit und Lebensqualität der Patientin hat. Denn auf Grund neuer, gut verträglicher Therapieop-

tionen ist die Krebserkrankung langfristig gut beherrschbar.

In der Pilotstudie, die zunächst mit 200 Frauen beginnen wird, soll gezeigt werden, dass eine kontinuierliche Bestimmung der Tumormarker - kombiniert in Studienarm 1 mit einer regelmäßigen PET-CT-Untersuchung, im Studienarm 2 mit dem Einsatz des PET-CT bei Anstieg der Tumormarker die Früherkennung von Metastasen und damit eine rechtzeitige Behandlung ermöglicht. Fernmetastasen sind die häufigste Todesursache bei Brustkrebs.

Bei beiden Studiengruppen wird zunächst mit einem Gentest das Risikoprofil des Tumors ermittelt. Die Studie, für deren Finanzierung sich auch die Bayerische Landtagspräsidentin Barbara Stamm einsetzen wird, soll zu Beginn des Jahres 2010 anlaufen.

Weitere Infos zu den Ergebnissen der Befragung und zur PONS-Studie gibt es unter www.mamazone.de, www.pons.org. (akk)



Gut gelaunt und zuversichtlich, dass die Nachsorgestudie PONS schon bald mit 200 Patientinnen an den Start gehen kann: Dr. Petra Stieber vom Klinikum Großhadern

Die Quadratur des Preises – Spagat zwischen Therapiefreiheit und pharmazeutischen Interessen

Wer Prof. Michael Untch kennt weiß, dass der Chefarzt der Frauenklinik am Helios Klinikum in Berlin-Buch kein Blatt vor den Mund nimmt. Insbesondere dann nicht, wenn es darum geht, Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Und natürlich wäre Prof. Untch nicht Prof. Untch, wenn er sich streng an die Grenzen des vorgegebenen Themas und Zeitlimits halten würde.



Prof. Untch erhob in seinem engagierten Vortrag warnend den Zeigefinger und forderte von Ärztinnen und Ärzten mehr Rückgrat im Umgang mit der Pharmaindustrie ein: Gefälligkeitsgutachten dürfen ebenso wenig sein wie Gefälligkeitsverordnungen

In seinem engagierten und mit Herzblut vorgetragenen DIPA-Referat zeigte der Berliner Frauenarzt nicht nur die Dimensionen der Verflechtung von Pharmainteressen und ärztlich propagierten Therapieinnovationen auf, sondern ging auch kritisch mit dem Vorgehen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei der Honorierung von stationären Leistungen ins Gericht.

Die Tibolone-Story, bei der bewusst die Nebenwirkungen eines Medikaments, das zur Behandlung von Hitzewallungen und depressiven Verstimmungen eingesetzt wird, verschwiegen werden, führte er als einen Beweis dafür an, dass in der



Der Blick in den Hörsaal zeigt: Prof. Untch schaffte es wieder einmal, das Publikum und auch ärztliche Kollegen — hier Prof. Richard Baum in der ersten Reihe rechts- trotz ernster Thematik humorvoll zu begeistern

Medizin noch vielfach der Grundsatz gilt: „Wes Brot ich ess, des Lied ich sing! Und: Die Hand, die einen nährt, beißt man nicht ab“.

Eindringlich plädierte Untch für mehr Mut zur Wahrheit - vor allem auch in der Wissenschaft und der Wissenschaftspublizistik! Auch auf die Gefahr hin, dass lukrative Werbeeinnahmen der Pharmaindustrie verloren gehen, wenn wie im Fall Tibolone Studien veröffentlicht werden, die zeigen, dass das Präparat das Metastasierungsrisiko bei Brustkrebs um 40 Prozent erhöht.

Mit der griffigen Formel: „Wir sind Ärzte, keine Roboter“ geißelte Prof. Untch im zweiten Teil seines Vortrags die Praktiken des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Derzeit laufe eine regelrechte Kostenersparnis-Kampagne des MDK in den deutschen Krankenhäusern, bei der es darum gehe, die sogenannte Mindestverweildauer zu verkürzen, um so Kosten zu sparen.

Der Hintergrund: Das Krankenhaus erhält nur dann die volle Fallpauschale (DRG), wenn eine Patientin mindestens für einen bestimmten

Zeitraum (Mindestverweildauer) stationär behandelt wird.

Derzeit versucht der MDK bei Abrechnungsüberprüfungen flächendeckend durch Anzweiflung und ggf. Korrektur der Diagnose einen Grund für die Kürzung der Fallpauschale abzuleiten. Dies geht nach Auskunft von Prof. Untch am einfachsten, wenn man behauptet, dass auf Grund der Diagnose keine Veranlassung für einen dreitägigen (Mindestverweildauer), sondern nur für einen zweitägigen Krankenhausaufenthalt gegeben war. In diesem Fall wird die ohnehin knapp kalkulierte Fallpauschale dann nochmals um 20 Prozent oder mehr gekürzt.

Das Prinzip der „blutigen Entlassung“, wie es lässig im Fachjargon heißt, hat fatale Folgen für Krankenhaus und Patientin: Die Patientin wird „krank“ – bisweilen noch mit Drainage-Schläuchen nach Hause entlassen, und das Krankenhaus gerät zunehmend in die Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsfalle. Diesem Treiben, das Krankenhäuser zunehmend zu Orten macht, in denen man krank wird, gilt es, so die Forderung von Prof. Untch, im Schulterschluss von Patientinnen und Ärzten umgehend Einhalt zu gebieten (akk).



Prof. Siegfried Seeber bestätigte aus langjähriger Erfahrung: Austerapiert gibt es nicht!

Metastasen sind kein Todesurteil - Plädoyer für eine individualisierte Therapie!

Trotz aller Fortschritte in der Brustkrebstherapie muss ein Drittel der Frauen früher oder später mit einem Krankheitsrückfall rechnen.

Dass dies aber kein Todesurteil sein muss, hat Prof. Dr. Siegfried Seeber, Klinik für Internistische Onkologie und Hämatologie, Ambulantes Tu-

morzentrum Essen in seinem Vortrag mit dem provokanten Titel „Behandlung von Brustkrebsmetastasen vom „sozialverträglichen Frühableben“ (Zitat: C. Vilmar) zum individualisierten Spätaleben (Zitat: U. Goldmann-Posch) mit zahlreichen Beispielen untermauert.

Es sei auch ein Langzeitüberleben bei nicht mehr heilbarer Erkrankung möglich, betonte der Essener Onkologe, der seit langem auch ein modernes Nachsorgekonzept fordert, um bei einer Metastasierung möglichst frühzeitig eingreifen zu können.

Prof. Seeber berichtete aus seiner jahrzehntelangen Erfahrung in der Behandlung von metastasiertem Brustkrebs und von „hundertern von langzeitüberlebenden Brustkrebspa-

tientinnen“. Knochenmetastasen haben nach seiner Erfahrung eine bessere Prognose als Tochtergeschwülste in Leber oder Lunge. Doch auch in diesen Fällen sei ein Langzeitüberleben möglich. Die Therapie von Metastasen erfordere immer ein individualisiertes Vorgehen und müsse in Abständen von mehreren Wochen neu auf ihre Wirkung hin überprüft werden. Trete diese nicht ein, werde ein anderes Therapieschema angewandt. Greifen bewährte Therapieschemata

nicht mehr, könne dann ein Versuch mit Medikamenten gemacht werden, die für diese spezielle Indikation noch keine Zulassung haben (off label use). Das Therapieregime könne und sollte im Laufe einer langjährigen Behandlung mehrere Male umgestellt werden. Mit hoffnungstiftenden Beispielen hat es der Onkologe verstanden, auch denjenigen Frauen unter den Zuhörerinnen Mut zu machen, deren Krankheit bereits fortgeschritten ist. (ibw)

Schreckgespenst triple negativer Brustkrebs – muss man wirklich Angst vor ihm haben?

Diese Frage bewegte wohl viele Kongressbesucherinnen, denn an dem Workshop nahmen nicht 20 Patientinnen teil - wie ursprünglich vorgesehen - sondern 64. Der Kliniker Prof. Dr. Michael Untch, Chefarzt der Frauenklinik am Helios-Klinikum in Berlin-Buch, und der Molekularbiologe Dr. Ralph Markus Wirtz haben es hervorragend verstanden, diesen schwer fassbaren Brustkrebstypus begreiflich zu machen. Schwer fassbar ist der triple negative Brustkrebs, der etwa 15 Prozent aller Brustkrebstypen ausmacht, in mehrfacher Hinsicht. Er besitzt weder Antennen für die weiblichen Hormone Östrogen (ER) und Progesteron (PR) noch den Rezeptor Her-2/neu auf der Zelloberfläche. Somit wird er als dreifach negativ (triple negativ) bezeichnet.

Oft trifft er junge Frauen und jene, die einen erblich bedingten Brustkrebs haben, also eine BRCA-1 oder BRCA-2-Mutation. Therapeutisch kann man ihn schwer angreifen, denn eine antihormonelle Therapie kann ihm genauso wenig anhaben wie eine Behandlung mit dem gegen Her 2-neu gerichteten Antikörper Trastuzumab (Herceptin®). Prof. Untch beschönigte nicht, dass der Triple Negative Typ einer von der aggressiveren Sorte ist und schneller und häufiger Tochtergeschwülste in Organe absiedelt. Doch der Brustkrebsmediziner hatte auch gute Nachrichten: „Diese Tumore sprechen sehr gut auf die Chemotherapie an“.

40 Prozent der triple negativen-Tumore verschwinden ganz, wenn man vor der Operation eine wirkungsvolle Chemotherapie gibt. Diese Patientinnen haben dann eine

ausgezeichnete Prognose. Bleiben allerdings Resttumorzellen übrig, die den Zellgiften und Strahlen offenbar trotzen können, so kann es schnell zu einer Metastasierung kommen.

Die Rolle dieser Resttumorzellen für den Prozess der Metastasierung untersucht der Kölner Krebsforscher Dr. Ralph Markus Wirtz. Er und andere Krebsforscher gehen davon aus, dass Stammzellen des Tumors, aber auch normale Stammzellen aus dem gesunden Knochenmark die Bösewichter sind. Triple negative Tumore besitzen häufiger Tumorstammzellen, die zudem leichter in entferntere Körperregionen abwandern können. Diese können in unterschiedlichen Kör-



Der Kölner Molekularbiologe Dr. Ralph Markus Wirtz forscht intensiv am genetischen Fingerabdruck der dreifach hormonrezeptornegativen Tumore

pernischen ruhen, teilen sich nicht und sind somit von Zellgiften und Strahlen nicht angreifbar. Irgendwann beginnen sie aber wieder aktiv zu werden und zu größeren Metastasen heranwachsen, die dann schneller Tochterzellen in weitere Organe aussenden. Bestimmte Gene, die helfen, die abgesiedelten

Tumorzellen aus ihrem Schlaf zu wecken, sind schon dingfest gemacht worden.

Ein solches Aktivierungsgen haben Wirtz und andere Forschergruppen entlarvt: Es ist der Botenstoff Osteopontin (OPN), der von Tumorzellen produziert wird und über das Blut bis ins Knochenmark gelangt. Dort mobilisiert der Botenstoff gesunde Stammzellen des Knochenmarks, die dann wiederum durchs Blut zu den schlafenden Tumorstammzellen gelockt werden, um ihnen als Helfershelfer zum Heranwachsen als Metastase zu dienen.

Gelänge es, dieses Gen auszuschalten, so Wirtz, könnte man vielleicht die Aktivierung der Zellen



Hoffnung für betroffene Frauen: Triple negative Tumore, so Prof. Michael Untch, sprechen gut auf eine Chemotherapie an

stoppen. Dies konnte in Modellsystemen bereits gezeigt werden, ist für die Anwendung in der klinischen Praxis aber noch Zukunftsmusik.

Chemotherapie maßgeschneidert - Kinetisches Targeting nach CARL

Große, gezielte therapeutische Wirkung und möglichst wenig Nebenwirkung – noch ist dies bei den heute gängigen Formen der Chemotherapie eher Wunschtraum als medizinische Wirklichkeit. Wenn das Forschungsprojekt des Freiburger Hochschulteams um Dr. Jürgen Eckes, dessen Pilotstudie derzeit mit zunächst 11 Patientinnen an der Uniklinik Freiburg angelaufen ist, allerdings erfolgreich verläuft, könnte die Medizin ihrem Ziel – möglichst viel nutzen und wenig schaden – auch bei der Chemotherapie ein großes Stück näher gekommen sein.



Chemotherapie in Kombination mit anschließender Blutwäsche: Ist das der Weg, um die unerwünschten Nebenwirkungen der Chemotherapie in den Griff zu bekommen?

Die Mediziner und Forscher sind natürlich bestrebt, diesen Patientinnen schon jetzt wirkungsvollere Therapiekonzepte anbieten zu können. Eingesetzt werden z.B. platinhaltige Chemotherapien und Kombinationstherapien mit Antikörpern, die den Krebszellen die für sie überlebensnotwendige Blutversorgung abdrehen.

Darüber hinaus ist eine neue Option ein Wirkstoff, welcher dafür sorgt, dass die Reparaturfähigkeit im Erbmaterial der Tumorzelle gehemmt wird und somit zum Tod der Krebszelle führt - die sogenannten PARP-Inhibitoren. Diese neuen Ansätze werden in Studien auf ihre Wirksamkeit untersucht. (ibw)



Der Freiburger Mediziner Dr. Jürgen Eckes ist zuversichtlich: CARL kann schon bald vielen Patientinnen helfen kann

Beim Verfahren CARL, das der Freiburger Mediziner am 11. Oktober 2009 anlässlich der DIPA vorstellte, wird die Chemotherapie mit einer Art Blutwäsche kombiniert. Mit Hilfe des eigens dafür entwickelten Spezialfilters CARL wird das Medikament, das sich bei einer Chemotherapie auch in den gesunden Geweben anlagert und dort zu weitreichenden, unerwünschten Nebenwirkungen führen kann, innerhalb von drei Stunden aus dem Blut ausgewaschen.

Diese Blutwäsche wird zwei Tage nach der Chemotherapie durchgeführt, damit sich das Medikament im Tumor, wo es ja zur Zerstörung der Krebszellen benötigt wird, anreichern und die notwendige Wirkung entfalten kann.

Da bei bestimmten Chemotherapeutika wie etwa dem Caelyx – mit dieser Substanz wird das CARL-Verfahren derzeit ausschließlich getestet – die maximale Anreicherung z.B. in der Haut und sonstigen tumorfreien Organen erst einige Tage nach der Infusion erfolgt, wird die Blutwäsche dazu eingesetzt, genau diese Anreicherung und die damit verbundenen Nebenwirkungen zu vermeiden. Dabei macht man sich die Erfahrung zunutze, dass die chemotherapeutischen Substanzen sich im

Tumor schneller anreichern als in gesundem Gewebe. Die ersten Erfahrungen sind – wie Dr. Eckes berichtete – durchaus hoffnungsvoll. Bei hoher therapeutischer Wirksamkeit des Caelyx konnte der Erfolg von CARL bei den Patientinnen, die an der Pilotstudie beteiligt sind, eindrucksvoll nachgewiesen werden. Lediglich bei einer Patientin kam es während der Blutwäsche zu Kreislaufproblemen.

„Wir sind sehr hoffnungsvoll, einen Weg gefunden zu haben, zumindest bei den hochwirksamen Chemotherapeutika die Kollateralschädigungen im gesunden Gewebe zu minimieren“, so das Resümee von Dr. Jürgen Eckes. Der Verlauf der Studie – in nächster Zeit sollen noch weitere 38 Patientinnen das Verfah-



Wissen zum Nachlesen ist immer gefragt: Literaturhinweise von der Moderation sind deshalb willkommen

ren CARL testen – wird zeigen, ob aus der Hoffnung eine Gewissheit werden kann (akk).

Neuer Reiz für taub gewordene Brustkrebsantennen

Es scheint auf den ersten Blick paradox: Doch im Labor und in ersten klinischen Studien hat es schon gewirkt! Es ist sehr wohl möglich, Brustkrebszellen, die für die antihormonelle Therapie taub geworden sind, wieder für diese Behandlung empfänglich zu machen.

Diesen spannenden Forschungsansatz hat Prof. Dr. Olaf Ortmann, Di-

rektor der Universitäts-Frauenklinik in Regensburg den erstaunten Zuhörerinnen vorgestellt. Offensichtlich verändern sich die Östrogenantennen auf den Brustkrebszellen im Laufe einer länger andauernden antihormonellen Therapie z.B. mit Tamoxifen.

Die antihormonelle Therapie führt dann zum Gegenteil der eigentlich gewünschten Wirkung: Sie regt das Wachstum von Brustkrebszellen an. Wird dann wieder Östrogen in niedriger Dosis gegeben, reagieren diese veränderten Zellen wieder sensibel auf die antihormonelle Therapie. Diese sterben dann den Zelltod

In einer kleinen klinischen Studie mit 24 Frauen mit schon weit



Prof. Ortmann berichtete: Erste Studien zeigen: Antennen von Krebszellen lassen sich für die antihormonelle Therapie wieder auf Empfang stellen

fortgeschrittenem metastasiertem hormonrezeptor positiven Brustkrebs hat man diesen Ansatz nach zahlreichen anderen Therapien versucht und immerhin bei einem Viertel der Patientinnen einen Tumorrückgang erzielt. (ibw)



Freuten sich über die guten Nachrichten aus der Forschung: Isabelle Dröbler aus Regensburg, Erika Laner aus Südtirol und Ruth Diemer-Schäfer Gifhorn (von links nach rechts)