

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Kubista E, Petru E

Empfehlungen zur Nachsorge nach Mammakarzinom

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 19-19*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (3)
(Ausgabe für Österreich), 19-23*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

SPECULUM

e-Abo **kostenlos**

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals Speculum und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals Speculum. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Speculum

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.



Empfehlungen zur Nachsorge nach Mammakarzinom

Österreichische Gesellschaft für Senologie (ÖGS),
Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO),
Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)

Redaktionskomitee:

Univ.-Prof. Dr. Ernst Kubista, Wien und Univ.-Prof. Dr. Edgar Petru, Graz

Die obengenannten wissenschaftlichen Gesellschaften, die sich intensiv mit der Behandlung von Brustkrebspatientinnen beschäftigen, haben sich zu einem gemeinsamen Statement gefunden. Diese gemeinsame Initiative ist besonders wichtig und begrüßenswert, da sie die Möglichkeit gibt, eine menschlich und medizinisch sinnvolle Nachsorge zu betreiben. Das Nachsorgeschema nach Mammakarzinom wurde vereinfacht und transparenter gemacht. Es kommt zu einer Reduktion unnötiger nicht zielführender Untersuchungen in vielen Bereichen, aber in anderen Bereichen, bei Risikopatientinnen, zu einer Aufwertung und Verbesserung der Diagnostik nach Brustkrebs. Das ärztliche Gespräch mit der Patientin wurde als zentraler Bestandteil der Nachsorge definiert. Als Vorsitzender des Konsensus möchte ich allen beteiligten Institutionen und allen Mitgliedern am Konsensus sehr für die konstruktive Mitarbeit danken.

Univ.-Prof. Dr. Ernst Kubista

Konsensusteilnehmer:

Univ.-Prof. Dr. Ernst Kubista, ÖGS,
ABCSG, AGO, **Vorsitz**

Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant, ÖGS,
ABCSG, ACO

Univ.-Prof. Dr. Christoph Wiltshcke,
ÖGS, ABCSG, Internistische Onkologie

Univ.-Prof. Dr. Alexandra Resch, ÖGS,
Strahlentherapie

Univ.-Prof. Dr. Thomas Helbich, ÖGS,
Radiologie (Bildgebung)

MR Dr. Jutta Hellan, ÖGS, niedergelas-
sene Onkologin

Univ.-Prof. Dr. Edgar Petru, AGO

medizinischen Ressourcen limitiert sind, eine hohe Evidenz auch für die Untersuchungen im Bereich der Nachsorge gefordert. Bisherige Studien haben nicht gezeigt, daß bei asymptomatischen Patientinnen nach Mammakarzinom mit Ausnahme des Lokalrezidivs [1] eine besonders intensive apparative Nachsorge über die Früherkennung von Metastasen zu einer Verbesserung der Prognose führt [2, 3].

Prinzipiell sollte die Nachsorge lebenslang erfolgen. Es handelt sich dabei um ein Anrecht der Patientin. Die Nachsorge sollte als eine menschliche und fachlich-medizinische ganzheitliche Betreuung einschließlich psychischer Führung und Rehabilitation verstanden und gelebt werden, dient aber u. a. auch der Erfassung von therapieinduzierten Spättoxizitäten und der Qualitätssicherung und Basis für wissenschaftliche Untersuchungen [4]. Durch das Vorgehen in der Nachsorge sollten sowohl Patientinnen außerhalb als auch innerhalb von klinischen Studien qualitativ gut versorgt werden können.

Präambel

Im Mittelpunkt der Nachsorge steht die Patientin, die berechtigterweise subjektive Ängste und Wünsche aufweist, und die Qualitätskontrolle der medizinischen Betreuung. Es wird zurecht in einer Zeit, in der die

Die risikoadaptierte Behandlung des Mammakarzinoms hat sich in der Praxis über weite Strecken durchgesetzt. Es erscheint deshalb in Analogie auch zulässig, die Nachsorge entsprechend risikoadaptiert und patientenbezogen durchzuführen. Das bedeutet, daß die Nachsorge der Gruppe der Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko apparativ intensiver gestaltet werden könnte als bei der Gruppe mit niedrigem und intermediärem Risiko, obwohl für dieses Vorgehen derzeit ein wissenschaftlich gesicherter Beweis noch aussteht.

Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko sind entsprechend den Kriterien des Konsensustreffens in St. Gallen Patientinnen mit > 4 pos. Lymphknoten bzw. jene mit Lymphknotenpositivität und Lymphangiomasstosis carcinomatosa oder Patientinnen mit Lymphknotenpositivität und Her-2-neu-Überexpression.

Bei der Nachsorge multimorbider bzw. besonders alter Patientinnen sollten Vor- und Nachteile einer regelmäßigen Nachkontrolle sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

I. Nicht-apparative, klinische Tumornachsorge

Inhalt	Intervalle	Bemerkungen
Ärztliches, onkologisches Nachsorgegespräch* (patienten- und symptomorientierte, tumorspezifische Anamnese)**	Alle 3 Monate in den ersten 2 Jahren, im 3.-5. Jahr alle 6 Monate, ab dem 6. Jahr 1mal/Jahr lebenslang	Hohe Relevanz (mindestens 80 % der Rezidive/ Metastasen führen zu klinischer Symptomatik) [5]. Große Bedeutung für Patientin.
Systematische Erfassung von Nebenwirkungen der Tumortherapie***	Lebenslang	Im Bereich der Strahlentherapie gesetzlich verpflichtend. Individualisierte Abklärung bzw. Therapie.
Klinische Inspektion und Palpation beider Brüste inkl. der Lymphabflußwege bzw. der Thoraxwand	Bei jeder ärztlichen Nachsorgekontrolle	Erfassung eines lokoregionären Rezidivs und kontralateralen Karzinoms
Problem der Gewichtszunahme	—	Ernährungsberatung, Lebensstilberatung
Spezielle Probleme wie Angststörungen, psychische Irritationen	—	Psychologische Betreuung, medikamentöse Psychotherapie
<p>* Sollte von den Krankenkassen im Austausch gegen wegfallende apparative Untersuchungen honoriert werden.</p> <p>** insbesondere Beachtung von Arm- und Knochenschmerzen, Armschwellung; lokale Narbenverhältnisse, Rötungen/Knotenbildung; Oberbauchbeschwerden, Atemnot, Husten, Gewichtsabnahme, Müdigkeit, Reduktion der Leistungsfähigkeit, anhaltende Kopfschmerzen, Schwindel, anhaltende Übelkeit/Erbrechen</p> <p>*** v. a. Abduktionshemmung des Arms, strahlentherapiebedingte Hautveränderungen und -fibrose, Osteoporose (Aromatasehemmertherapie), klimakterische Beschwerden, kardiale Beschwerden, Gedächtnisstörungen</p>		

Eine Selbstuntersuchung der Brüste durch die Patientin sollte monatlich erfolgen. Weiters sollten allgemeine Vorsorgeuntersuchungen wie Blutdruckkontrollen, Bestimmungen der Blutfette u. ä. wahrge-

nommen werden. Ein Test zur Detektion von okkultem Blut im Stuhl (Hämoccult) sollte jährlich ab dem 40. Lebensjahr erfolgen, eine Kolonoskopie alle 5 Jahre ab dem 50. Lebensjahr.

II. Spezielle und apparative Tumornachsorge bei Tumorpatientinnen mit geringem und intermediärem Rezidivrisiko

Inhalt	Intervalle	Bemerkungen
Mammographie + Mammasonographie	1x jährlich	Hohe Relevanz, da Überleben verbessert, wenn Lokalrezidiv bzw. kontralaterales Karzinom durch „Nachsorge-Screening“ und nicht erst durch klinische Manifestation entdeckt wird [1].
MRT der Brust	—	Bei Verdacht auf Lokalrezidiv bzw. bei Mammaprothese 1x jährlich
Gynäkologische Untersuchung	1x/Jahr	Anamnestisch insbesondere Beachtung von etwaigen Blutungsanomalien und/oder Unterbauchschmerzen, vaginaler Ultraschall bei klinischer Auffälligkeit. Beratung zu Partnerschaft, Sexualität, Fertilitäts-erhaltung und Empfängnisverhütung. Information über und Behandlung von klimakterischen Beschwerden.
CT Abdomen/Leber CT Thorax	—	Nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv/ Metastase indiziert
Knochenszintigraphie*	—	Nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv/ Metastase indiziert
Tumormarker CA 15/3 und CEA	—	Nur bei klinischem Verdacht auf Tumorrezidiv/ Progression indiziert
* bei Verdacht auf Metastasierung MRT		

III. Spezielle und apparative Tumornachsorge bei Tumorpatientinnen mit hohem Rezidivrisiko

Als solche Patientinnen gelten entsprechend den Kriterien des Konsensustreffens in St. Gallen:

Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko:

- ≥ 4 pos. Lymphknoten oder
- Lymphknotenpositivität und Hämangiosis carcinomatosa oder
- Lymphknotenpositivität und Her-2-neu-Überexpression

Inhalt	Intervalle	Bemerkungen
Mammographie + Mammasonographie	1x jährlich	Hohe Relevanz, da Überleben verbessert, wenn Lokalrezidiv bzw. kontralaterales Karzinom durch „Nachsorge-Screening“ und nicht erst durch klinische Manifestation entdeckt wird [1].
MRT der Brust	—	Bei Verdacht auf Lokalrezidiv bzw. bei Mammaprothese 1x jährlich
Gynäkologische Untersuchung	1x/Jahr 1x/Jahr	Anamnestisch insbesondere Beachtung von etwaigen Blutungsanomalien und/oder Unterbauchschmerzen, vaginaler Ultraschall nur bei klinischer Auffälligkeit. Beratung zu Partnerschaft, Sexualität, Fertilitäts-erhaltung und Empfängnisverhütung. Information über und Behandlung von klimakterischen Beschwerden.
CT Abdomen/Leber CT Thorax	1x/Jahr bis zum 5. Jahr	Nur in dieser Hochrisikogruppe!
Knochen- szintigraphie*	—	
* bei Verdacht auf Metastasierung MRT		

Die Computertomographie-Untersuchung des Thorax hat sich als deutlich sensitiver als das Thoraxröntgen im Aufdecken von Metastasen erwiesen [6, 7]. Ebenso wurde gezeigt, daß die Computertomographie-Untersuchung des Abdomens bzw. der Leber eine deutlich höhere Sensitivität im

Aufdecken von Metastasen aufweist als die Oberbauchsonographie [3, 8–10].

Der routinemäßige Einsatz von bildgebenden Verfahren bei Tumorpatientinnen mit hohem Rezidivrisiko soll einer Evaluation bzgl. der Effizienz unterzogen werden.

IV. Patientinnen mit klinischen Symptomen und Verdacht auf Rezidiv/Progression

Generell gilt: Wenn bei den Nachsorgekontrollen oder auch im Nachsorgekontrollintervall Beschwerden bzw. Symptome auftreten und Rezidivverdacht besteht, sollten unverzüglich weiterführende Untersuchungen erfolgen.

V. Vorsorge/Nachsorgeschema bei MutationsträgerInnen mit stark erhöhtem Mammakarzinomrisiko

Selektionskriterien, Früherkennungs- und Nachsorgeempfehlungen bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs

1. Selektionskriterien

In einer Linie der Familie (mütterliche oder väterliche Seite) mindestens:

- 2 Brustkrebsfälle unter 50 Jahren
- 3 Brustkrebsfälle unter 60 Jahren
- 1 Brustkrebsfall unter 35 Jahren
- 1 Brustkrebsfall unter 50 Jahren und 1 Fall von Eierstockkrebs jeglichen Alters
- 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters
- Männlicher und weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters

2. Früherkennung

Erste Untersuchung	nach 6 Monaten	nach 12 Monaten	nach 18 Monaten	Beginn
Palpation (Abtastung der Brust durch den Arzt)	Palpation	Palpation	Palpation	ab 18 Jahren
Brustultraschall	Brustultraschall	Brustultraschall	Brustultraschall	ab 18 Jahren
Mammographie		Mammographie		ab 25 Jahren
MRI		MRI		ab 25 Jahren
Vaginalultraschall	Vaginalultraschall	Vaginalultraschall	Vaginalultraschall	ab 35 Jahren
Tumormarker für Eierstockkrebs (Blutuntersuchung)	Tumormarker für Eierstockkrebs	Tumormarker für Eierstockkrebs	Tumormarker für Eierstockkrebs	ab 35 Jahren
Hämoccult (Darmkrebsvorsorge)		Hämoccult		ab 35 Jahren

3. Nachsorge

Ist derzeit ident mit Früherkennung.

LITERATUR:

1. De Bock GH, Bonnema J, van der Hage J, Kievit J, van de Velde CJ. Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: a meta-analysis and systematic review. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4010–8.
2. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, Verma S, Dent S, Sawka C, Pritchard KI, Ginsburg D, Wood M, Whelan T. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol* 2006; 24: 848–55.
3. Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, Grunfeld E, Muss HB, Vogel VG, Halberg F, Somerfield MR, Davidson NE; American Society of Clinical Oncology. 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.
4. Beckmann MW, von Minkwitz G, Pfisterer J, Schnürch HG, Kreienberg R, Bstert G. Nachsorge beim Mammakarzinom und gynäkologischen Malignomen. *Senologie* 2005; 2: 20–3.
5. Winchester DP, Sener SF, Khandekar JD, Oviedo MA, Cunningham MP, Caprini JA, Burkett FE, Scanlon EF. Symptomatology as an indicator of recurrent or metastatic breast cancer. *Cancer* 1979; 43: 956–60.
6. Nemanic S, London CA, Wisner ER. Comparison of thoracic radiographs and single breath-hold helical CT for detection of pulmonary nodules in

dogs with metastatic neoplasia. *J Vet Intern Med* 2006; 20: 508–15.

7. Tillich M, Kammerhuber F, Reittner P, Riepl T, Stoeffler G, Szolar DH. Detection of pulmonary nodules with helical CT: comparison of cine and film-based viewing. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169: 1611–4.
8. Kinkel K, Lu Y, Both M, Warren RS, Thoeni RF. Detection of hepatic metastases from cancers of the gastrointestinal tract by using non-invasive imaging methods (US, CT, MR imaging, PET): a meta-analysis. *Radiology* 2002; 224: 748–56.
9. Schima W, Kulinna C, Langenberger H, Ba-Ssalamah A. Liver metastases of colorectal cancer: US, CT or MR? *Cancer Imaging* 2005; 5: S149–56.
10. Quaia E, D'Onofrio M, Palumbo A, Rossi S, Bruni S, Cova M. Comparison of contrast-enhanced ultrasonography versus baseline ultrasound and contrast-enhanced computed tomography in metastatic disease of the liver: diagnostic performance and confidence. *Eur Radiol* 2006; 16: 1599–609.

Korrespondenzadresse:

*Univ.-Prof. Dr. Ernst Kubista
Klinische Abteilung für
Spezielle Gynäkologie, Brustzentrum,
Frauenklinik der Medizinischen Universität
Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: ernst.kubista@meduniwien.ac.at*

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung kostenloses e-Journal-Abo](#)

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)