

Kongressrückblick

Gemeinsam und schlau gegen Brustkrebs vorgehen

– dafür steht die Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V. (DGS) und stellte die 36. Jahrestagung, die vom 26.–28. Mai 2016 in Dresden stattfand, dementsprechend unter das Motto „Brustkrebs zusammen klug diagnostizieren und behandeln“. Expertenstimmen von der Tagung – mit 120 Sitzungen und 2500 Teilnehmern – sind im Folgenden zusammen gestellt.

30 Jahre Brustrekonstruktion – erreichte Meilensteine

30 Jahre Brustrekonstruktion sind für die Patientinnen sowie das interdisziplinäre behandelnde Team von Ärzten, Therapeuten, Gesundheitspflegern eine der großen Erfolgsgeschichten der Senologie. Es wurden bedeutende Meilensteine in Diagnostik und Therapie erreicht, wodurch die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen wesentlich verbessert und deren Lebensprognose um ein Vielfaches gesteigert wurde.

Während noch 1986 in vielen Kliniken durch das Bemühen Einzelner und in kleineren interdisziplinären Teams nach optimalen operativen Behandlungskonzepten gesucht wurde, erhalten heute mehr als 90% aller an Brustkrebs Erkrankten in Deutschland eine strukturierte qualitätsgesicherte Betreuung. In den seit mehr als 13 Jahren bestehenden „zertifizierten Brustzentren“ ist eine hohe Expertise ent-

standen, die derzeit in der Überarbeitung der „S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms“ kontinuierlich weiter fortgeschrieben wird.

Mit der deutschen Wiedervereinigung wurden die verschiedenen Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten aller beteiligten Fachgebiete fusioniert. Die hohen Raten an Brustamputationen in den 80er-Jahren wurden durch brusterhaltende operative Konzepte mit Bestrahlung signifikant reduziert. Dank der interdisziplinären Planung von Tumoroperationen von Radiologen, Pathologen und Operateuren im Kontext einer Systemerkrankung wird die aufgeklärte Patientin individuell therapiert.

Als Referenz zur qualitätsgesicherten Vorgehensweise sei hier die „Tübinger Klassifikation der operativen Behandlung des Mammakarzinoms“ von Prof. Wallwiener et al. angeführt. Diese unterstützt maßgeblich die bundesweit einheitlichen klinischen Verfahren. Damit können die be-

handelnden Teams gemeinsam mit Patientinnen auf Basis wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse optimale individuelle Behandlungskonzepte entwickeln.

Der Einzug der bildgebenden Diagnostik in die Operationssäle verschafft den Operateuren mit dem hochauflösenden Ultraschall in vielen Brustzentren eine Detailansicht des Tumorbettes. Es ist inzwischen gelungen, die Ergebnisse der bildgebenden Diagnostik vor der Operation mit der gesicherten Tumorqualität in das operative Konzept einfließen zu lassen. Somit sind mehr als 80% der Mammatumore erkennbar und auch die gesunde Anatomie wird sichtbar. Dies führt zu sehr niedrigen Lokalrezidivraten.

Aktuell gehört die vollständige Entfernung der Brustdrüse bei verschiedenen Erkrankungen bei komplettem Erhalt der Brusthaut zu den faszinierenden Möglichkeiten der operativen Therapie. Die verschiedenen Verfahrensweisen der Brustrekonstruktion sowohl mit Implantat, Netzen als auch mit Eigengewebe vom Unterbauch, dem Gesäß oder dem Oberschenkel gehören aktuell zum Standard der fortschrittlichen Therapieangebote.

Die Zweitmeinungsberatung gibt Patientinnen die Chance, den optimalen individuellen Weg der operativen Behandlung zu wählen. Mit der Möglichkeit, abgesaugtes Fettgewebe beispielsweise vom Oberschenkel oder der Bauchwand durch Wiedereinbringung an der Brust zu verwenden, ergeben sich neue operative Ansätze. Zur Eigenfetttransplantation gibt es noch keine gesicherten Daten über Langzeiteffekte. Auch sollte auf breiter wissenschaftlicher Basis untersucht werden, ob das injizierte Fett womöglich Krebszellen beeinflusst, die trotz Amputation und Nachbehandlung im Bereich der Brustwand verblieben sind.

Auch das Lymphödem der Arme nach OP mit oder ohne Bestrahlung kann durch Eigengewebsrekonstruktionen und/oder Lymphknotentransplantation erfolgreich therapiert werden. Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Ergebnisse von Fetttransfers ist auch hier zu berücksichtigen.

Dr. med. Mario Marx, Kongresspräsident 2016, Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie, Elblandklinikum Radebeul, Leiter des Standortes Radebeul als Kooperationspartner des Regionalen Brustzentrums Dresden



Foto: Sascha Radlke

Kongresspräsident PD Dr. Mario Marx tritt hier als Referent in Aktion.

Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko: Zu welcher Früherkennung raten wir?

Vielfach sind es die jungen und prominenten Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und im Mittelpunkt der Medienberichte stehen. Tatsächlich sind es nicht die jungen Frauen, die häufiger an Brustkrebs erkranken, vielmehr liegt das durchschnittliche Alter bei 64 Jahren. Für das Entstehen von Brustkrebs können viele Risikofaktoren infrage kommen. Ob eine Frau, auf die bestimmte Faktoren zutreffen, überhaupt im Laufe Ihres Lebens erkrankt, darüber können keine zuverlässigen Voraussagen getroffen werden. Frauen, denen ihre Risikofaktoren bekannt sind, können immerhin besser einschätzen, wie wichtig Früherkennungsuntersuchungen für sie persönlich sind.

Familiäre Belastung und Brustkrebs

So können erbliche Faktoren vorliegen, wenn in der Familie mehrere nahe Verwandte an Brustkrebs erkrankt sind. Eine erbliche familiäre Belastung bei Brustkrebs ist relativ selten. Sie besteht nicht bereits, wenn eine Verwandte im hohen Alter an Brustkrebs erkrankt ist. Bei ca. 10 von 100 an Brustkrebs erkrankten Frauen liegen aktuell bekannte genetische Veränderungen im Erbgut vor. Am besten untersucht sind bei diesen genetischen Veränderungen die Gene mit der Bezeichnung BRCA1 (Breast Cancer Gene/Brustkrebsgen) und BRCA2. Diese Veränderung wird mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von 50% an die Nachkommen weitergegeben. Das heißt: Von 2 Frauen mit dieser genetischen Veränderung, die jeweils 1 Kind bekommen, vererbt nur 1 Frau diese genetische Veränderung für ein erhöhtes Brustkrebsrisiko an ihr Kind.

Frauen mit familiärer Vorbelastung werden gezielt beraten und häufiger mit Mammografie, Ultraschall und Magnetresonanztomografie (MRT) untersucht als Frauen ohne familiäre Vorbelastung. Die MRT stellt bei diesen Frauen die Methode der ersten Wahl dar. Im Fall eines konkreten Verdachts auf Brustkrebs kann jedoch die Mammografie weiterhin als essentielles diagnostisches Verfahren bezeichnet werden, ergänzt durch den Ultraschall.

Alter	Karzinom-Risiko			
	Normal (LZR < 15%)	Intermediär (LZR 15-29%)	Hoch (LZR > 30%)	BRCA1/2+
25-39		US (ab 30)	MRT	MRT
40-49	US	US/ 3D-MG/ MRT	MRT	MRT
50-69	2D-MG Screening	3D-MG	3D-MG	MRT
≥ 70	2D-MG	3D-MG	3D-MG	3D-MG

Abb. 1 Brustkrebs-Früherkennung: Methode der ersten Wahl. Intervalle: 2D/3D-MG: 2-jährlich; US: und MRT: jährlich. Die Ampelfarben entsprechen dem Risiko.

Früherkennung – abhängig von Alter und Risiko

Im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogrammes wird die ärztliche Tastuntersuchung angeboten. Zwar hat die alleinige Tastuntersuchung keinen Einfluss auf die Sterblichkeit an Brustkrebs; sie kann aber dazu beitragen, das Körperbewusstsein und das eigene Gefühl für die Brust zu verbessern.

Die Brust-Ultraschalluntersuchung gilt nicht als Routine-Früherkennungsmethode. Sie wird bei jungen Frauen mit Symptomen, ab 40 Jahren mit einem dichten Brustgewebe, und in jedem Alter bei unklaren Mammografie-Ergebnissen eingesetzt. Der Nutzen ist im Sinne einer evidenzbasierten Medizin auf der Grundlage einer nachgewiesenen Wirksamkeit nicht belegt, da es keine entsprechenden Studien gibt. Der Nutzen einer Untersuchung im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen von Brustkrebs gilt dann als belegt, wenn die Anzahl der Frauen, die an Brustkrebs versterben, durch die jeweilige Untersuchung gesenkt werden kann. Auch MRT eignet sich zum bevölkerungsbezogenen Screening von Brustkrebs nicht.

Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren erhalten eine schriftliche Einladung für eine qualitätsgesicherte Mammografie innerhalb einer Mammografie-Reihenuntersuchung, ohne dass bei diesen Frauen ein Verdacht auf eine Brustkrebserkrankung besteht. Die Teilnahme am Mammografie-Screening-Programm ist freiwillig. Der Nutzen ist im Sinne der evidenzbasierten Medizin auf der Grundlage nachgewiesener Wirksamkeit belegt. Eine sogenannte kurative Mammografie hingegen ist nur bei einem Verdacht auf eine Brusterkrankung gerechtfertigt.

Grundsätzlich wird bei jüngerem Alter eher der Ultraschall, bei höherem Risiko eher die MRT und bei fortschreitendem Alter eher die Mammografie und hier vor allem die 3D- Mammografie (= Tomosynthese) zu nennen sein.

Besondere Beratung für Frauen mit intermediärem Brustkrebsrisiko

Während es für die Gesamtheit aller Frauen sowie für die Hochrisikogruppe leitlinienbasierte Früherkennungsempfehlungen gibt, fehlen diese für Frauen mit intermediärem Brustkrebsrisiko. Bei ihnen kommt eine operative Prophylaxe nicht infrage, sodass der diagnostische Schwerpunkt mittels bildgebender Verfahren (Ultraschall, Mammografie, MRT) erfolgt. Dadurch werden bei Frauen mit intermediärem Risiko vermehrt falsch-positive, aber auch falsch-negative Befunde erhoben. Daher ist für Frauen mit einer eindeutigen familiären Risikokonstellation, aber ohne BRCA1/2-Nachweis, die Beratung zur bestmöglichen Wahl und Kombination aller zur Verfügung stehenden Modalitäten besonders wichtig.

Welche bildgebenden Methoden zur Brustkrebs-Früherkennung nach sorgfältigem Abwägen und in Absprache mit der Patientin empfohlen werden, ist in **Abb. 1** zusammengefasst.

Prof. Dr. med. Markus Peter Müller-Schimpfle, Mitglied des Kongresskomitees, Leiter des Brustzentrums, Schwerpunkt Diagnostik, Chefarzt der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Schwerpunkt Radiologie am Klinikum Frankfurt Höchst

Niedrigste Lokalrezidivrate dank gelebter Interdisziplinarität

Wenn bei Patientinnen eine Brustkrebs-erkrankung nach zunächst erfolgreicher Behandlung wieder auftritt, aber nach wie vor auf die Brust und das angrenzende Gewebe beschränkt ist, sprechen die Experten von einem Lokalrezidiv.

Bei etwa 5–10 von 100 Patientinnen kommt es innerhalb von 10 Jahren nach der Erstbehandlung zu erneutem Tumorzustand im verbliebenen Brustgewebe. Wurde die Brust entfernt, kann ein Rückfall an der Brustkorbwand auftreten. Betroffen sind etwa 4 von 100 Patientinnen. Auch dann sprechen die Fachleute noch von einem Lokalrezidiv.

Anzeichen für ein Lokalrezidiv können knotige Veränderungen oder Rötungen der Haut der operierten Brustseite sein. Kleinere Veränderungen, die nicht mit bloßem Auge sichtbar sind, werden in der Nachsorge z. B. durch Sonografie und Mammografie sichtbar. Bei unklaren Befunden kann die Kernspintomografie hilfreich sein. Bei einem Lokalrezidiv nach brusterhaltender Operation muss man mit den behandelnden Ärzten klären, ob erneut brusterhaltend operiert werden kann oder nicht. Ob neben der Operation eine antihormonelle Therapie, eine Chemotherapie oder eine zielgerichtete Therapie notwendig ist, hängt von den individuellen Befunden und der konkreten Risikoabschätzung durch die behandelnden Ärzte ab. Außerdem muss überprüft werden, ob eine Bestrahlungsindikation besteht.

Das Kooperieren der Fachdisziplinen (Gynäkologen, gynäkologische Onkologen, Radiologen, Radioonkologen, Pathologen, Humangenetiker, Psychoonkologen) in den Brustzentren hat (lebensentscheidende!) Vorteile für die Patientin: Von einer schnellen Entscheidungsfindung über die bestmögliche Therapie bis hin zu Kooperationen mit Selbsthilfegruppen. Ein Hinweis, dass diese Zusammenarbeit sehr gut gelingt, ist eine sehr niedrige Lokalrezidivrate. Denn nur, wenn vor der Operation von den Radiologen und den Gynäkologen der Tumor in seiner Ausdehnung exakt lokalisiert wird und dann während der Operation z. B. mit dem Ultraschall genau die Grenzen angeschaut werden, der Pathologe das entnommene Gewebe genau untersucht und dann am Ende in der postoperativen Senologie-Konferenz die Pati-

entin mit allen genau besprochen wird, kann eine Lokalrezidivrate von unter 5% erreicht werden. Am Brustzentrum des Universitätsklinikums Tübingen, wo pro Jahr über 1000 Brustkrebspatientinnen – häufig mit aggressiven Tumoren – operiert werden liegt diese, die gesamten vergangenen 10 Jahre betrachtet, bei 4,5%. Im Durchschnitt konnten 76% der Patientinnen mit pT1-Tumoren brusterhaltend operiert werden. Hinzu kam eine sehr niedrige Nachresektionsrate: Sie lag bei Patientinnen, die brusterhaltend operiert wurden, bei nur 9%.

Während der jährlich stattfindenden Audits in den zertifizierten Brustzentren wird genau nach diesen, für die Patientin so wichtigen, Parametern geschaut und durch die Qualitätsüberprüfung ein stetiger Optimierungsprozess auf den Weg gebracht.

Neben der gelebten Interdisziplinarität ist auch die regelmäßige, leitliniengerechte Nachsorge wesentlich: Je früher ein Lokalrezidiv entdeckt wird, desto wahrscheinlicher ist eine komplette operative Entfernung möglich.

Prof. Dr. med. Sara Yvonne Brucker, Schriftleiterin der Zeitschrift Senologie, Ärztliche Direktorin Forschungsinstitut für Frauengesundheit und Stellv. Geschäftsführende Ärztliche Direktorin Department für Frauengesundheit, Universität Tübingen

Notwendigkeit einer strukturierten und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit Fokus auf Informiertheit und Nutzen für die Ratsuchenden und Patientinnen

Bei rund 30% der Brust- und Eierstockkrebs-erkrankungen liegt eine erbliche Belastung vor. Die Hochrisikogene BRCA1 und BRCA2 erklären jedoch nur rund 5–7% der Erkrankungen. Durch genomweite Untersuchungen auf modernen technologischen Plattformen, an denen das Deutsche Konsortium federführend beteiligt ist, werden derzeit neue Risikogene im Rahmen hochaktueller wissenschaftlicher Projekte identifiziert. Bislang fehlen jedoch fundierte Daten zu den konkreten Erkrankungsrisiken und der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen. Die bisherigen Befunde belegen:

1. die Existenz vieler weiterer Risikogene,
2. das unterschiedliche Erscheinungsbild der genetisch charakterisierten Tumortypen und
3. eine hohe Rate unklarer genetischer Varianten, die zu Fehlinterpretationen führen können.

Diese Komplexität erfordert dringlich die systematische Erfassung und klinische Validierung neuer Risikogene. Dies kontrastiert jedoch mit der Versorgungsrealität: Bereits jetzt werden unterschiedliche Genpanels mit über 90 Genen unkritisch in der Regelversorgung eingesetzt und nicht systematisch klassifiziert. Aufgrund fehlender



Prof. Dr. Sara Y. Brucker, Schriftleiterin der Zeitschrift „Senologie“, bei der DGS-Tagung.

Interpretationskompetenz kommt es zu therapeutischen wie präventiven Fehlentscheidungen bis hin zu nicht-indizierten prophylaktischen Operationen. Das Deutsche Konsortium setzt sich daher nachhaltig für eine evidenzbasierte und strukturierte Betreuung der Ratsuchenden zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit ein. Das Ziel besteht darin, medizinisch nicht indizierte klinische Maßnahmen zu vermeiden und so auch eine Fehlallokation von Mitteln der Solidargemeinschaft zu verhindern.

Dies kann nur mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gelingen. Risikopersonen brauchen Zugang zu umfassenden und gesicherten Informationen, die es ihnen erlauben, eine informierte und präferenzsensitive Entscheidung zu treffen. Hierzu ist auch ein Wissenstransfer von spezialisierten Zentren zu Krebszentren erforderlich. Beides soll erreicht werden durch strukturierte Qualifizierungsmaßnahmen der Ärzte, die eine qualifizierte Risikokommunikation erlauben. Des Weiteren sind Patientinformationen zur partizipativen Entscheidungsfindung dringend erforderlich.

Daher wurden folgende Initiativen ergriffen bzw. umgesetzt:

1. In 2015 konnte das Deutsche Konsortium erstmals einen wegweisenden sektorenübergreifenden Vertrag zur Betreuung von Risikopersonen mit dem vdek abschließen.
2. Offene Fragen werden in begleitenden Forschungsprojekten bearbeitet. So konnte das Deutsche Konsortium in 2015 eine Förderung im Rahmen des

hochangesehenen und kompetitiven EU-Förderprogramms HORIZON2020 zur Identifizierung und klinischen Validierung weiterer Risikogene einwerben.

3. Ein Projekt des Deutschen Konsortiums mit Fokus auf ethischen, rechtlichen, sozialen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen der risikoadaptierten Prävention wurde im Rahmen der Förderung im Nationalen Krebsplan durchgeführt und die Ergebnisse dem Bundesgesundheitsminister Gröhe im Rahmen der Abschlussveranstaltung am 9.5.2016 präsentiert.

Diese in Deutschland exemplarisch gute Zusammenarbeit wird die Betreuung von Risikopersonen maßgeblich voran bringen und die Einführung genomgetriebener neuester Präventionskonzepte unter Berücksichtigung von Evidenz und Patientennutzen ermöglichen.

Hintergrund

Präsentation eines Projektes zur Verbesserung der Versorgung von Risikopatientinnen im Rahmen der Abschlussveranstaltung der Förderung im Nationalen Krebsplan mit Herrn Minister Gröhe am 19.5.2016 (<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/forschung-im-nkp.html>).

Prof. Dr. med. Rita K. Schmutzler, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs und Koordinatorin des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Uniklinik Köln

Fusion und Hybrid – Die Zukunft mammografiebasierter Bildgebung

Die Mammografie ist die zentrale Bildgebungsmethode zur Detektion des Mammakarzinoms. Sowohl technische Verbesserungen als auch populationsbasierte und randomisierte Studien konnten dazu beitragen, dass in vielen Ländern die Mammografie als Screeninguntersuchung für das Mammakarzinom angeboten wird und sie die Grundlage der klinischen Diagnostik der Brustdrüse ist.

In der modernen Datenverarbeitung werden die Bilder der digitalen Mammografie mit Methoden der digitalen Bildverarbeitung und -analyse aufbereitet, modifiziert und automatisch wichtige Informationen ausgewertet. Diese Methoden bilden eine wichtige Grundlage der Weiterentwicklung der digitalen Mammografie und werden auch die Entwicklung von Neuheiten der nächsten Jahre bestimmen.

Die Herausforderung besteht darin, die bildgebenden Verfahren zu fusionieren bzw. zu hybridisieren, und vor allen Dingen eine Verwaltung der Daten zu erreichen. Dies ist eine Aufgabe für die Zukunft der bildgebenden Mammadiagnostik und für die daraus resultierende Therapieentscheidung.

Die wichtigste Entwicklung im Bereich der röntgenbasierten Mammabildgebung ist in den nächsten Jahren die strukturierte Integration einer 3-dimensionalen Information in die Interpretation der Mammografie. Dies kann durch den Einsatz der Tomosynthese, aber auch durch die Fusion anderer 3-dimensionaler Daten mit der Mammografie und/oder der Tomosynthese erfolgen. Die Fusion verschiedener bildgebender Verfahren könnte im klinischen Ablauf und ggf. in Screeningprogrammen dazu beitragen, diese Untersuchungen zeiteffizient durchzuführen.

Getestet: Fusion von 3D-Ultraschall und Mammografie

Die alleinige Mammografie der Brust im Screening weist eine Sensitivität von ca. 60–80% auf. Bei speziellen Patientengruppen, wie beispielsweise Frauen mit einer hohen mammografischen Dichte, hat die alleinige Mammografie als Screeningmaßnahme nur eine Sensi-

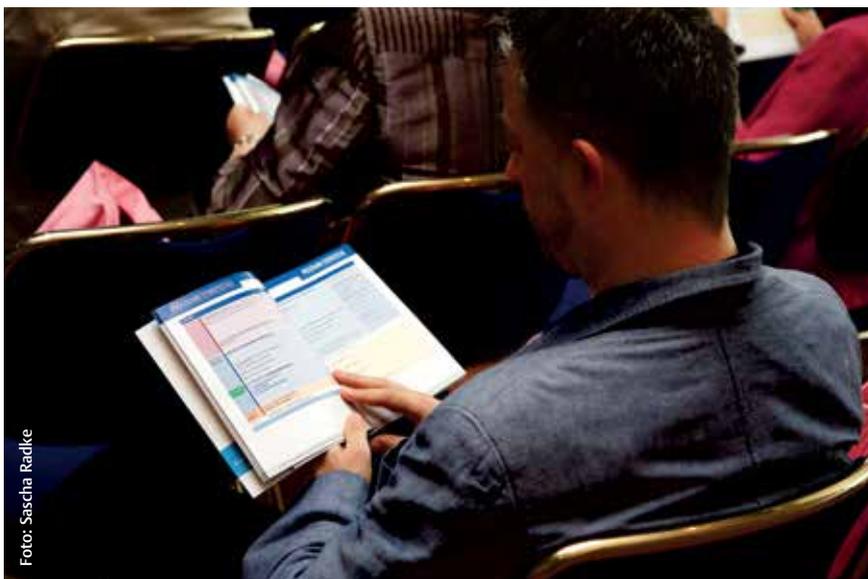


Foto: Sascha Radtke



Foto: Sascha Radtke

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland stellte sich bei der DGS-Tagung den Fragen des Plenums.

tivität von 38–48%. Für solche Frauen wird momentan die Hinzunahme der Ultraschalluntersuchung zur Mammografie diskutiert. Im klinischen Alltag ist die komplementäre Mammadiagnostik für alle Patientinnen längst Standard in der Routinediagnostik.

In einer Untersuchung mit einem Fusionsprototypen zur Mammografieaufnahme und 3-dimensionalem Ultraschall im Vergleich mit einem Mammografiegerät und einem Standard-Ultraschallkopf konnten keine Qualitätsunterschiede festgestellt werden. Dabei wurde ein neues Verfahren mit einem automatisierten Standard-3D-Ultraschallgerät gekoppelt mit einem Standard-Mammografie-System an 20 Brustkrebspatienten getestet.

Dieser neue Ansatz ermöglicht eine gleichzeitige Aufnahme eines Röntgen- und Ultraschallbildes. Die Datenanalyse zeigt keinen Qualitätsunterschied der Aufnahmen im Vergleich zur konventionellen Mammografie. In der Studie wurden 20 Patientinnen mit invasivem Brustkrebs berücksichtigt.

Die Fusion eines automatisierten 3D-Ultraschallgerätes mit einem Mammografie-

gerät liefert Mammografieaufnahmen von vergleichbarer diagnostischer Qualität. Darüber hinaus ermöglicht das Gerät die 2. Bildmodalität der komplementären Mammadiagnostik, den Ultraschall, ohne signifikanten Zeit- und zusätzlichen Untersucheraufwand. Diese Neuerung könnte die Sensitivität und Spezifität des etablierten gesetzlichen Früherkennungsprogramms in Deutschland signifikant verbessern.

Diagnose DCIS – Bedeutung für Patientinnen

Krebsvorstufen (Duktales Carcinoma in situ, DCIS) aus denen sich ein invasiver Brustkrebs entwickeln könnte, werden infolge von Screening-Programmen häufiger diagnostiziert als früher. Es gilt Über- und Untertherapien zu vermeiden. Einerseits sollten Frauen nicht unnötig operiert und bestrahlt werden, indem differenziert festgestellt wird, dass sie Zeit ihres Lebens keinen invasiven Brustkrebs bekommen würden. Andererseits können sich infolge von Fehldiagnosen und Untertherapien, bei DCIS-Patientinnen trotz OP und Strahlentherapie später Brusttumoren entwickeln. Hochgradig gefährliche Veränderungen,

beispielsweise alle bei Frauen unter 40 Jahren und sehr große festgestellte DCIS, sind immer aggressiv zu therapieren.

In der Diagnostik des DCIS sollten einzelne Risikograde noch genauer unterschieden werden, um Frauen individualisierter behandeln zu können. Es gibt gut begründete Hypothesen, dass mammografiebasierte Screeningprogramme von einer individualisierten Vorgehensweise profitieren könnten. Die zu prüfenden Verfahren würden einerseits individuell zusätzliche Bildgebungsverfahren nutzen und andererseits auch molekulare Informationen über die Patientin und das Brustdrüsenewebe berücksichtigen.

Prof. Dr. med. Rüdiger Schulz-Wendtland, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS), Leiter der Gynäkologischen Radiologie des Radiologischen Institutes des Universitätsklinikums Erlangen

Update: PRAEGNANT-Studie

▼ Prospektives akademisches translationales Forschungsnetzwerk zur Optimierung der onkologischen Versorgungsqualität in der adjuvanten und fortgeschrittenen / metastasierten Situation

In den letzten Jahrzehnten sind kontinuierliche Fortschritte in der Erforschung und Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms erzielt worden. Angesichts des extremen Wissenszuwachses ist das gemeinsame Ziel, eine möglichst passgenaue, personalisierte, effektive und nebenwirkungsarme Brustkrebstherapie.

Heute wissen wir, dass das Mammakarzinom als Überbegriff für eine Vielzahl molekular definierter Tumortypen zu verstehen ist. Zudem unterliegt die Erkrankung im Rahmen des Metastasierungsprozesses einem ständigen biologischen Wandel. Bedingt durch eine Vielzahl von Prozessen sind daher wiederholte Biopsien und Re-Analysen der molekularen Eigenschaften des Tumorgewebes sinnvoll. Dafür sollten regelmäßig Biomarker auf jeder Ebene der Systembiologie bestimmt werden (Genetik, Epigenetik, Genexpression, micro-RNA, Proteomics, etc.), was im klinischen Alltag allerdings nicht routinemäßig erfolgt. Die Leitlinien empfehlen



Foto: Sascha Radtke

zwar die gezielte Untersuchung von Metastasengewebe, tatsächlich findet diese aber nur bei einer Minderheit der Patientinnen statt.

Moderne Untersuchungsmethoden lassen u.a. anhand von Blutproben Rückschlüsse auf Eigenschaften des Tumors zu. Beispielsweise können aus Expressionsanalysen, Mutationsanalysen des Tumors, Abberationen von Genkopien im Tumor usw. Aussagen über Art und Entwicklungsstadium des Mammakarzinoms abgeleitet werden. Aufgrund der Notwendigkeit einer stetigen Verbesserung der Versorgungsqualität, der Heterogenität der genannten Analyseergebnisse und der logistischen Herausforderungen kann der klinische Nutzen jedoch nur im Forschungsverbund einer Vielzahl von behandelnden Ärzten und Zentren realisiert werden.

Im Rahmen der PRAEGNANT-Studie sollen in 80 Zentren insgesamt 3500 Patientinnen mit der Diagnose eines metastasierten Mammakarzinoms unabhängig von Tumorbiologie, Metastasierungsmuster und der aktuellen bzw. bisher erfolgten Therapie eingeschlossen werden. Ziel ist der Aufbau eines Forschungsnetzwerks, in dem Kliniken/Brustzentren und niedergelassene Ärzte (Gynäkologen und Onkologen) eng zusammenarbeiten und durch welches eine strukturierte Erfassung und Analyse von krankheitsspezifischen und – relevanten Daten zu Tumorbiologie, prädiktiven und prognostischen Biomarkern, Therapie bzw. Therapieverträglichkeit, Outcome, Pharmakoökonomie und Versorgungsqualität möglich ist.

Aktuell wurden 1287 Patientinnen und Patienten an 44 Zentren in die PRAEGNANT-Studie eingeschlossen. Unter anderem konnten wir Patientinnengruppen identifizieren die von modernsten Medikamenten im Rahmen klinischer Studien profitieren und diesen somit Zugang zu einer passgenauen, personalisierten Therapie ermöglichen.

Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und Geschäftsführender Ärztlicher Direktor des Departments für Frauengesundheit



Freuten sich über die Teilnahme von Prof. Craig Jordan, Houston (2. v. links), über dessen Auszeichnung als Ehrenmitglied der DGS: Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, DGS-Präsident, Erlangen, Prof. Dr. Diethelm Wallwiener, Vizepräsident der DGS, Tübingen, und Kongresspräsidentin Prof. Dr. Rita Engenhardt-Cabillic, Marburg/Gießen (v. l. n. r.).

Preise und Ehrungen

▼ Ehrenmitgliedschaft

Prof. V. Craig Jordan vom Breast Medical Oncology and Molecular and Cellular Oncology, UT MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, wurde die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Versorgungsforschungspreis

Den Klaus-Dieter-Schulz-Versorgungsforschungspreis hat Dr. med. Elisabeth Inwald von der Klinik und Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Regensburg erhalten.

Wissenschaftspreise

Der **1. Wissenschaftspreis** ging an Dr. Carolin Christine Hack, tätig an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen.

Den **2. Wissenschaftspreis** hat Prof. Dr. Jörg Heil von der Universitäts-Frauenklinik in Heidelberg erhalten.

Dissertationspreis

Mit dem Dissertationspreis wurde Dr. med. Stefanie Corradini, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, ausgezeichnet.

Posterpreise

- ▶ Jolein Mijnes, Institut für Pathologie, Uniklinik RWTH Aachen
- ▶ Anna-Lena Rumpf, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
- ▶ PD Dr. Stephan Seitz, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Universitätsklinikum Regensburg
- ▶ Dr. Fabinsky Thangarajah, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Köln
- ▶ PD Dr. Kerstin Riehm, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universitätsklinik Köln
- ▶ PD Dr. Sarah Schott, Frauenklinik am Universitätsklinikum Heidelberg
- ▶ Prof. Dr. rer. nat. Carsten Gründker, Molekulare Gynäkologie, Universitätsfrauenklinik Göttingen

Hinweis

Die nächste Tagung der DGS findet vom 29.06. – 01.07.2017 im CityCube in Berlin statt (www.senologiekongress.de). Kongresspräsidentenschaft haben PD Dr. Eva Maria Fallenberg, Berlin, und Prof. Dr. Bernd Gerber, Rostock.

Nach Pressemitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Senologie