

Bulletin 3 » 2013

newSenoTelegramm

News aus Senologie und Brustchirurgie im BrustZentrum

Was tun, wenn die Mutter Brustkrebs hat?

Themen:

- » Enttabuisierung auf globalem Level
- » Frage der Risikoreduktion
- » Outing zur Operations-Technik
- » Gibt es eine omnipotente Technik?
- » Wenn die „Mama Brustkrebs hat“
- » Was ist eine CPM und wann ist sie indiziert
- » Testung bei der gesunden Frau
- » Testung bei Erkrankung

■ Der „Angelina Jolie-Effekt“ und die Risikoreduktion

Enttabuisierung auf globalem Level

Es ist schon bewundernswert, dass Frau Jolie ihre weltweite Bekanntheit als Schauspielerin und ihre Ausstrahlung auch auf junge Menschen für das Thema der risikoreduzierenden Operation bei familiärem Brustkrebs auf einen globalen Level hebt. Ihr Bekenntnis führte bereits merkbar zu einer vielfältigen, generationenübergreifenden Enttabuisierung in der Gesprächsführung. Bereits am ersten Tag des Erscheinens hat ihr Bericht in der New York Times unsere Beratung in der Klinikambulanz sehr positiv beeinflusst.

Natürlich spielte das Thema in der Klinik für Senologie und Brustchirurgie am Marien Hospital Düsseldorf auch vorher eine wichtige Rolle. Dies gilt sowohl für Patientinnen mit der Diagnose Mammakarzinom als auch für gesunde Frauen, wenn in der Familie die Mammakarzinom-Inzidenz gehäuft ist. Allerdings verschlossen sich insbesondere Töchter von betroffenen Frauen: Sie wollten meistens nichts mit dem Thema „Brustkrebs“ zu tun haben. Das Outing von Frau Jolie eröffnet einen neuen Gesprächszugang – zum Segen für die Gesundheit vieler Mädchen und Frauen.

Outing zur Operations-Technik

Darüber hinaus macht das „Outing“ von Frau Jolie zu Details der Operation wieder einmal sehr deutlich, wie dringlich ein „Facharzt für Brustchirurgie“ ist. Nur er beherrscht – sowohl beratend als auch operativ – uneingeschränkt das methodisch vielfältige Gesamtgebiet der Brusteingriffe in seiner Komplexität. Nur er kann auf den Einzelfall je nach genetischer Kodierung, Körperbild und Präferenz individuell eingehen.

Gibt es eine omnipotente Technik?

Schon anatomisch ist evident, dass eine solche risikoreduzierende Operation bei einer kleinen Brust mit einem A-Körbchen unter Umständen einfacher und mit dem positiven Effekt einer ästhetischen Brustvergrößerung erfolgen kann. Bei einer euplastischen Brust mit einer BH-Größe C-Körbchen ist es bereits eine extreme Herausforderung, ein vergleichbares Resultat nach „Austausch-Mastektomie“ hinsichtlich der ästhetischen Parameter Shape, Size und Softness (SSS) auf Dauer zu garantieren. Noch komplexer wird die Operation bei

BH-Größen ab D-Körbchen. Hierbei muss das Volumen insgesamt reduziert und ebenfalls die manchmal bis in die Axelhöhle reichende Drüse möglichst radikal entfernt werden. Eine genaue Verteilungsdiagnostik des Drüsengewebes vor einer solchen Operation mithilfe der MRT-Mammografie kann sinnvoll sein.

Im Falle einer Implantatrekonstruktion können wir heute die „direct-to-implant“-Methode in 90 Prozent der Fälle durchführen. Sie wurde von uns zur „instant-implant-technique“ weiterentwickelt und kommt ohne Expander oder Netzeinlage aus. Insbesondere die Netzeinlage kann zu Komplikationen führen und hat sich nicht in allen Fällen bewährt. Die Implantate der Wahl sind anatomische Prothesen, die ein Höchstmaß an rekonstruktiver und ästhetischer Sicherheit gewährleisten. Alternativ kann Eigengewebe vom Bauch, insbesondere nach Entbindungen, mit dem positiven Nebeneffekt einer Bauchdeckenplastik verwendet werden. Solches Eigengewebe kann, falls für beide Seiten ausreichend, primär oder in späteren Jahren nach einer Implantatrekonstruktion im Austausch, einer so genannten „autologen Konversion“, eingesetzt werden.

Frage der Risikoreduktion

Wichtig ist, dass die risikoreduzierende Mastektomie radikal erfolgt, denn wir sehen jetzt bereits nach „Austauschmastektomien“, für die es in den 1980-er Jahren einen regelrechten Boom gab, primäre Mammakarzinome, die sich aus Rest-Drüsengewebe in der Nähe der meist erhaltenen Brustwarze bilden. Dies ist ein Beweis dafür, dass die Operation nie „prophylaktisch“, sondern immer nur risikoreduzierend ist. Eine Überwachung z.B. auch mit MRT nach solchen Eingriffen bei Unklarheiten ist indiziert – insbesondere, wenn es die Präferenz der Frau war, die Brustwarze zu erhalten.

Leider gibt es auch für die Diagnosesicherung eines Mammakarzinoms nach einer Prothesen-Implantation wenig Spezialisten und häufiges Nachschneiden bis zur Diagnose-Sicherung des oft dicht subkutan und dicht an der Silikonprothese gelegenen Tumors ist leider die Regel. Ein Zentrum mit Facharztkompetenz in Brustchirurgie ist auch dafür die sicherste Anlaufstelle. Nur eine Klinik für Brustchirurgie, die neben der Krebsoperation auch die ästhetischen Brustoperationen beherrscht, ist in der Lage, die Operation ohne Umwege mit einem Höchstmaß an onkologischer und rekonstruktiver Sicherheit durchzuführen. Die von uns entwickelte Onkoplastische Brustchirurgie ist dafür heute auf globaler Ebene bereits zum Standard geworden.

■ Was tun, wenn die Mutter Brustkrebs hat?

Die häufigste Frage bei Brustkrebspatientinnen ist nicht „Muss ich jetzt sterben?“, sondern „Wer sorgt für meine Kinder?“ Beide Fragen spiegeln den komplexen, generationenüberschreitenden Rahmen bei der Diagnose wider. Frau Jolie ist zu danken, dass sie mit ihrer einnehmenden, selbstbewusst veröffentlichten Sicherheit der Entscheidungsfindung die Gespräche in den Familien der Genträger und der bereits an Brustkrebs erkrankten Frauen und das Ansprechen des Angstthemas in unserer Klinik leichter gemacht hat.

Wir sind in Deutschland in der glücklichen Situation, eines der besten Netzwerke mit Zentren für die Beratung bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs zu haben. Es wurde von der Deutschen Krebshilfe ins Leben gerufen und die Anfragen sind kostenlos.

Was ist eine CPM und wann ist sie indiziert?

Den meisten Beratungsbedarf sehen wir gegenwärtig bei Neuerkrankungen – jährlich etwa 430 in unserer Klinik – hinsichtlich des Risikos der gesunden Brust und die mögliche Indikation einer Contralateral Prophylactic Mastectomy (CPM). Auch hier sollte es besser „risikoreduzierend“ (risk reducing) heißen, denn die Prognose ist zunächst durch den Indextumor für die nächsten 20 Jahre definiert, unabhängig davon, was sich kontralateral ereignet. Das Motiv ist psychologisch verständlich: „Ich schlafe besser, wenn ich alles getan habe, um einen Rückfall oder einen neuen Schock der Diagnose zu vermeiden.“

Da es zur Indikation der CPM noch keine randomisierte prospektive Studie gibt, muss eine kompetente Beratung erfolgen. Bei Makro- oder Gigantomastie kann die angleichende und risikoreduzierende drüsenbetonte kontralaterale Reduktionsplastik die Angst der Patientin mindern. Die Risikoreduktion steht dabei in direkter Korrelation zum entfernten relativen Volumen. Für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen prüfen wir im Einzelfall die operativen Möglichkeiten und helfen mit Bildmaterial und Arztbrief für den ärztlichen Dienst der Kasse bei der Prüfung.

Sinn einer Testung aus klinischer Sicht

Ebenfalls bei Neuerkrankungen und familiärer Inzidenz kann es vorkommen, möglichst rasch und vor dem Beginn einer Bestrahlung im Rahmen einer Brusterhaltung

wissen zu müssen, ob ein genetisches Risiko vorliegt. Dafür stehen heute „fast-track“-Testungen zur Verfügung, die dann helfen können, zu entscheiden, ob auf Dauer eine hautschonende Mastektomie mit Sofortrekonstruktion und ohne Bestrahlung auf Lebenszeit die bessere Methode im Einzelfall darstellen kann.

Liegt ein positiver Test auf relevante Gene vor, ist das Gespräch mit den gesunden erwachsenen und jugendlichen Frauen der Familie ein Thema. Dies gilt besonders, wenn die Ersterkrankung in jungem Alter, zuerst bei einer Tochter oder einem männlichen Familienangehörigen auftritt und die Mutter gesund ist.

Die sehr erfolgreiche Arbeit des Beratungszentrums >>zebra<<, die unsere Klinik bei Bedarf beratend begleitet, steht unter dem Leitbild „Wissen hilft Heilen“. Aber wir haben auch gelernt, dass es ein grundsätzliches Recht auf „Nichtwissen“ gibt.

Bei allem Respekt vor der persönlichen Präferenz dieser Frauen in schicksalhaften Lebensphasen ist es ein Lichtblick zu sehen, wie der „Angelina Jolie-Effekt“ zur Endtabuisierung in den betroffenen Familien und zur Heilung ohne Verstümmelung beiträgt.

Kriterien des Netzwerks für eine familiäre Prüfung

- Brustkrebs bei 3 Frauen unabhängig vom Alter
- Zwei Frauen mit der Diagnose unter 51 Jahren
- Brustkrebs 1x und Eierstockkrebs 1x in der Familie
- Ein Mann und eine Frau mit Brustkrebs
- 2 x Eierstockkrebs
- 1 x Eierstockkrebs und ein Mann mit Brustkrebs
- Eine Frau unter 36 mit Brustkrebs
- Beidseitiger Brustkrebs und zum ersten Mal unter 51 Jahren
- Eine Frau mit Brust- und Eierstockkrebs

Weitere Informationen

- www.brustzentrum-duesseldorf.de
- www.zebra-brustkrebs.de
- www.brca-netzwerk.de



a.r. Prof. Dr. med. Werner Audretsch
Direktor der Klinik für Senologie und
Brustchirurgie

Telefon (02 11) 44 00 - 27 61
Telefax (02 11) 44 00 - 27 62
mobil/SMS (01 73) 7 14 54 80
werner.audretsch@vkkd-kliniken.de



Dr. med. Oksana Möller
Leitende Oberärztin der Klinik für
Senologie und Brustchirurgie

Telefon (02 11) 44 00 - 64 53
Office-mobil/SMS (01 72) 2 57 22 96
oksana.moeller@vkkd-kliniken.de



Jens-Peter Kruse
Oberarzt der Klinik für Senologie und
Brustchirurgie

Telefon (02 11) 44 00 - 64 54
Office-mobil/SMS (01 72) 2 57 22 96
jens-peter.kruse@vkkd-kliniken.de



Serap Sare Ünyeli
Oberärztin der Klinik für Senologie
und Brustchirurgie

Telefon (02 11) 44 00 - 64 51
Office-mobil/SMS (01 63) 5 67 58 02
serap.uenyeli@vkkd-kliniken.de

Unsere Kernleistungen

- Hochauflösende Mammasonografie und sonografisch gesteuerte Biopsie und Lokalisation
- Brusterhaltende Operationen und Onkoplastische Brustchirurgie
- Therapeutische, prophylaktische und risikoreduzierende Brustchirurgie
- Wächterlymphknotendiagnostik und schonende Lymphknoten Chirurgie
- Methodisch uneingeschränkte Rekonstruktionstechniken mit höchster Sicherheit
- Sofortrekonstruktion nach hautschonender Brustentfernung, die so genannte Skin-Sparing-Mastektomie (SSM) mit gleichzeitigem Wiederaufbau oder nach Standard-Brustentfernung mit späterem Wiederaufbau
- Rekonstruktionen mit Implantattechnik Silikonprothesen/Expander
- Rekonstruktion mit Eigengewebe der Bauchdecke oder des Rückengewebes
- Sekundär- und tertiärchirurgische Eingriffe mit dem Ziel höchster Sicherheit
- Rezidivoperationen mit und ohne Brusterhaltung
- Brustchirurgie in Verbindung mit intra-operativer Elektronen-Strahlentherapie IOERT oder Brachytherapie
- Individuelles Operationsangebot: Korrekturen von Fehlbildungen, Brustverkleinerung und Brustvergrößerung, Gynäkomastie beim Mann, alle Techniken der ästhetischen Brustchirurgie

Marien Hospital Düsseldorf
Klinik für Senologie und Brustchirurgie
Rochusstr. 2
40479 Düsseldorf

Download Anmeldeformulare für Patienten auf der
Internetseite: www.brustzentrum-duesseldorf.de

Klinik für Senologie und Brustchirurgie
BrustZentrum am Marien Hospital Düsseldorf

Erreichbarkeit 24 Stunden
tagsüber (02 11) 44 00 - 27 61
mobil (01 72) 2 57 22 96
brustzentrum@vkkd-kliniken.de