

12 MERKSÄTZE

Mammakarzinom aktuell

Von der Operation zur
medikamentösen Therapie



**Eine Fortbildungsveranstaltung des Brustzentrums
AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG**



- 1 Ein beträchtlicher Anteil aller Brustkrebserkrankungen ist hereditär und wird durch eine Keimbahnmutation verursacht. Bei einer BRCA-1/2 Mutation ergibt sich eine Therapieoption mit PARP-Inhibitoren, so dass im M1-Stadium aber auch bei frühen Mammakarzinomen mit hohem Rezidiv-Risiko eine genetische Testung empfohlen wird.
- 2 Jede Patientin, bei der eine Mastektomie durchgeführt werden soll, muss über die jeweiligen Verfahren einer sofortigen oder späteren Brustrekonstruktion fachkundig aufgeklärt werden.
- 3 Die subkutane Mastektomie mit Netz-gestützter epipelkoraler Implantat-Rekonstruktion ist ein Standardverfahren. Insbesondere bei kurativen Operationen müssen die Patientinnen über die Möglichkeit des Verbleibens residuellen Drüsengewebes aufgeklärt werden. Ein postoperatives Mamma-MRT kann dieses verifizieren.
- 4 Ist eine Post-Mastektomie-Bestrahlung vorgesehen bzw. möglich, ist ein sekundärer Brustaufbau mit Eigengewebe zu bevorzugen (frühestens 6 Monate nach Bestrahlungsende).
- 5 Im Falle einer Implantat-Rekonstruktion sollte bei einem Späterom (z. B. nach Jahren) in einer Implantat-Loge der Ausschluss eines Brust-Implantat-assoziierten-Lymphoms (BIA ALCL) mittels Zytologie des Punktates erfolgen.
- 6 Kleine Luminal-A Mammakarzinome können bei der Nachbestrahlung in der Postmenopause auch mittels Teilbrust-Radiotherapie behandelt werden. Bei Frauen über 70 Jahre kann eine sog. ultra-hypofraktionierte Bestrahlung mit lediglich fünf Behandlungssitzungen angeboten werden.
- 7 Die Strahlentherapie des frühen Brustkrebses bei der Brusterhaltung hat keinen Einfluss auf das Gesamtüberleben. Es wird jedoch das Lokalrezidivrisiko über 10 Jahre von ca. 10% auf 1% gesenkt. Der Verzicht auf eine Nachbestrahlung im Rahmen der BET kann jeweils individuell unter Berücksichtigung des Alters und Tumortyps erwogen werden.
- 8 Der HER2-Status wird nunmehr in drei Gruppen unterschieden: positiv (IHC-Score 3+ oder 2+/ISH positiv; überexprimiert) – low (IHC-Score 2+/ISH-negativ und 1+) - negativ (IHC-Score 0).“
- 9 Mit der Einstufung in HER2-low kann nun eine weitere, bisher als HER2-negativ eingestufte Gruppe von Tumoren von einer anti-HER2 Therapie profitieren und in der M1 Situation mit T-DXd behandelt werden.
- 10 Als neue Substanz-Klasse stehen beim fortgeschrittenen Mammakarzinom die Antikörper-Wirkstoff-Konjugate zur Verfügung: Sacituzumab-Govitecan (Trodelvy) beim tripelnegativen und Trastuzumab-Deruxtecan, T-DXd (Enhertu) beim HER2-positiven und HER2-low Mammakarzinom (HR+/TNBC).
- 11 Die Hinzunahme des Checkpoint-Inhibitors Pembrolizumab zur neoadjuvanten und adjuvanten Chemotherapie des tripelnegativen Mammakarzinoms ist ein neuer Therapiestandard.
- 12 Die neuen Therapiemöglichkeiten werden überwiegend gut toleriert, bedürfen jedoch einer sorgfältigen Überwachung aufgrund seltener Nebenwirkungen (z. B. Pneumonitis).