

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 19 – Brustkrebs verstehen, behandeln, bewältigen

Vorspann mit Hintergrundmusik

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs. Jede Erkrankung ist individuell. Das Internet hilft tatsächlich nicht weiter, sondern verunsichert dann in so einer Situation mit der frischen Diagnose, die eh schon alles auf den Kopf stellt, total.

DR. ULRIKE WICKMANN: Ich sage den Frauen immer, keiner wird ihre Brust so gut kennen wie sie selber.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: 80 Prozent der Frauen können wir brusterhaltend operieren.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Brustkrebs. Brustkrebs ist die häufigste Krebsart bei Frauen. Bereits 2005 wurde daher am UKJ das interdisziplinäre Brustzentrum gegründet, um Brustkrebs früh zu erkennen und bestmöglich zu behandeln. Es ist übrigens eines der ältesten zertifizierten Brustzentren Deutschlands. Wie man Brustkrebs erkennen kann, welche Risikofaktoren es gibt und wie die Behandlungsmöglichkeiten aussehen, darüber sprechen wir heute mit unseren beiden Expertinnen aus der Frauenklinik: Dr. Stefanie Schütze, leitende Oberärztin des Brustzentrums. Hallo.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Hallo.

MODERATORIN: Und Dr. Ulrike Wickmann, Fachärztin im Brustzentrum. Auch hallo.

DR. ULRIKE WICKMANN: Hallöchen.

MODERATORIN: Wir Frauen gehen ja regelmäßig zur Gynäkologin oder zum Gynäkologen einmal im Jahr und können da ja ab 30 die Tastuntersuchungen in Anspruch nehmen. Aber man soll ja auch bei sich zu Hause gerne mal die Brust abtasten, um vorzusorgen. Wie taste ich meine Brust denn richtig ab?

DR. ULRIKE WICKMANN: Die Vorsorge ist wirklich nicht nur in frauenärztlicher Hand, sondern jede Frau alleine sollte zu Hause wirklich ihre Brust abtasten. Ich sage den Frauen immer, keiner wird ihre Brust so gut kennen wie sie selber. Wichtig ist vor allem, dass man es zyklusgerecht macht. Das heißt, also erste Zyklushälfte, so dritter bis neunter Zyklustag in der Dreiecke, da ist nämlich die Brust am weichsten und man kann am besten Verhärtungen tasten. Wichtig ist, dass man halt die Brust wirklich auch im Ganzen abtastet. Das heißt entweder mit drei Fingern, also ich sage immer so den Zeigefinger, Mittelfinger und Ringfinger und damit mit wirklich kreisenden Bewegungen die komplette Brustdrüse einmal abtasten. Aber auch die Achselhöhle sollte nicht ausgespart werden und auch hier sollte man nach Resistenzen einmal tasten. Genau, das ist somit das Wichtige eigentlich und was man noch zusätzlich machen kann, ist, dass man sich einmal vor den Spiegel stellt und schaut, ob es irgendwelche Einziehungen auf der Haut gibt oder auch, dass man die Arme einmal hochnimmt und schaut, ob es dann zu Einziehungen kommt, weil so ein Tumor auch das umliegende Brustdrüsengewebe infiltriert und damit einzieht und auch manchmal sieht man erst was, bevor man es tasten kann so richtig.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also wichtig ist diese Regelmäßigkeit, weil nur durch die Regelmäßigkeit gelingt es einer Frau, ihre Brust sehr gut zu kennen und eben Veränderungen auch frühzeitig zu erkennen, mitunter ja auch früher als der Frauenarzt, der einem so ein-, zweimal im Jahr dann nur sieht. Und ich finde auch ganz wichtig, dass man erstmal wirklich den ersten Blick in den Spiegel macht mit unterschiedlicher Armhaltung und sich die Brust mal genau anguckt,

weil es sind ja auch nicht nur die Einziehungen, wie meine Kollegin gerade sagt, es können eben auch mal Rötungen sein der Haut, auch das kann mal ein Hinweis sein auf eine bösartige Veränderung, kann auch mal ein Hinweis auf eine Entzündung sein. Es kann so Vorwölbungen geben, also zum Plateau-Phänomen nennt man das, was Tumore auch mal machen können. Und es gibt auch mal so Hautveränderungen, die nennt man Orangenhaut-Phänomen, da sieht tatsächlich dann die Haut so grobporig aus wie bei einer Orange. Und das kann auch ein Hinweis sein auf eine bösartige Erkrankung, die dann eben weiter abgeklärt werden muss. Es ist sogar so, dass die Frauen, oder man hat insgesamt ein besseres Tastgefühl, wenn man so ein bisschen feuchte Hände hat. Also unter der Dusche ist es tatsächlich auch gar nicht so schlecht, wenn man dann mit der feuchten Hand dann die Brust abtastet. Jetzt ist es nur wichtig, dass man das jetzt nicht beim Einseifen irgendwie tut, nach dem Motto, ich wisch da einmal so grob drüber, sondern dass man schon die Systematik eben einhält und sagt, okay, man fängt so, ich sag mal, drei Finger breit unterm Schlüsselbein an und tastet sich so Schritt für Schritt mit unterschiedlichem Druck eben durch das Gewebe auf die Brustwarze zu. Und das kann man dann so strahlig machen und einmal im Uhrzeigersinn sich sozusagen von der Ferne auf die Brustwarze zu mit der Hand bewegen. Und dann stellt man eben auch sicher, dass dann die Brust einmal wirklich vollständig abgetastet ist und nicht nur sozusagen das Zentrum oder bestimmte Regionen. Und dann ist man schon ziemlich gut und regelmäßig bedeutet halt auch einmal im Monat, wie meine Kollegin sagte, und dann hat man ein gutes Gefühl für die eigene Brust und weiß auch, welcher Knubbel wohin gehört und eben auch nicht schlimm ist.

DR. ULRIKE WICKMANN: Was ich vielleicht nochmal ergänzen möchte, wir haben ja doch immer mehr, dass auch die Frauen vielleicht die Pille durchnehmen und dann sagen sie, ja toll, ich kann gar nicht sagen, wann der Beginn meines Zyklus ist, dass man sich dann wirklich einfach am Kalender sagt, okay, immer der Erste, immer der Dritte, was auch immer, dass man da wirklich dran denkt.

MODERATORIN: Sie haben ja gerade schon gesagt, dass man die Knubbel in seiner Brust kennt. Das ist ja meistens normal, sage ich mal, dass man irgendwo mal eine Verhärtung oder irgendeine Veränderung hat. Wo merkt man denn oder wie merkt man denn den Unterschied? Das ist jetzt wirklich, ist das immer ein Knoten bei einem Brustkrebs oder sollte man bei jeder Verhärtung oder bei jeder Veränderung, die man bemerkt, zum Gynäkologen gehen?

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also zunächst einmal ist es wichtig, dass wenn man eine neue Veränderung bemerkt an der Brust, also wenn da irgendwas an einer Stelle ist, was vorher nicht da war, nicht spürbar war, dann ist das auf jeden Fall erstmal auch ernst zu nehmen. Das heißt nicht unbedingt, dass es jetzt gleich Krebs ist. Es gibt auch ganz viele gutartige Veränderungen der weiblichen Brustdrüse, zum Beispiel Zysten, also flüssigkeitsgefüllte Hohlräume, die auch mal sehr groß werden können und sich knotig anfühlen können. Es gibt Fibroadenome, so bindegewebige Verhärtungen der Brust. Also das heißt nicht, dass es bösartig ist, aber es heißt, wenn es neu ist, dass man es auf jeden Fall mal anschauen sollte. Und dann wäre jetzt also der nächste Weg tatsächlich zum Gynäkologen zu gehen. Die Gynäkologin tastet dann eben auch nochmal die Brust ab und hat in der Regel auch die Möglichkeit, Ultraschall der Brust zu machen. Das wäre dann das nächste diagnostische Instrument, sodass man also dann mit einer Bildgebung, Ultraschall, zunächst erstmal guckt, wie sieht denn das aus? Und dann kommt man schon mal in der Diagnostik ein Schrittchen weiter. Es gibt so prallelastische Befunde. Das spricht also eher, wenn es so federt wie ein Luftballon, sage ich mal, unter den Fingern, dann spricht das mitunter eher für eine Zyste. Das ist so ganz typisch. Wenn es sich gut hin und her bewegen lässt, ist es auch immer ein gutes Zeichen in erster Linie, dass es auch ein gutartiger Befund ist, weil gutartige Brustbefunde wachsen ja nicht wie die bösartigen Karzinome so fingerförmig ins umliegende Gewebe ein, sondern kapseln sich förmlich ab. Und dadurch lassen die sich so hin und her bewegen. Und das ist also auch eher ein Zeichen, dass ein gutartiger Befund zum Beispiel so ein Fibroadenom ist. Es ist aber auch mal so, dass auch wir Patientinnen in unserer Sprechstunde sehen, die sagen, ich wollte nur mal gucken lassen, ist ja sehr gut beweglich, aber irgendwie jetzt neu, so seit einem Vierteljahr taste ich das. Aber ich, ja, ist ja gut beweglich, wird schon nichts sein. Ich wollte nur mal gucken lassen. Und man muss einfach immer achtsam bleiben und auch nicht einfach sich nur von einem Tastbefund leiten lassen, also es ist total wichtig, dann auch einen Ultraschall zu haben und möglicherweise auch mal eine Gewebeprobe zu entnehmen, dass man

sich wirklich sicher sein kann, dass es dann auch das Fibroadenom ist. Also kurzum, es gibt auch tatsächlich Brustkrebsformen, die auch sehr schnell wachsen und eine Aggressivität haben, die plötzlich dann eben eher wie so ein Fibroadenom aussehen und sich auch so bewegen, so mobil sind im Gewebe. Und deswegen noch mal der Appell auch an die Frauen, wenn sich da was Neues tastet oder was Neues, ja, auch sichtbar ist, vielleicht an der Brust, das einmal auch abklären lassen. Und was wir vergessen haben, jetzt initial bei dem Untersuchen der eigenen Brust, dass man auch mal schaut mit einem leichten Druck auf die Brustwarze, also jetzt nicht so, dass es schmerzhaft ist, aber so ein leichter Druck, kommt denn da Flüssigkeit raus. Also eine Sekretion nennen wir das, über die Brustwarze, kann eben auch mal ein Hinweis auf eine bösartige Erkrankung sein. Viele Frauen stellen sich vor, mit so einer milchigen Sekretion, das ist häufig eine hormonelle Geschichte, die jetzt nicht bedenklich ist. Aber wenn es eben so die Farbe ändert und Richtung bräunlich, rötlich, schwarz, also altblutig geht, dann ist das auf jeden Fall auch ein Grund, den Gynäkologen, die Gynäkologin aufzusuchen. Und die entscheidet dann, ob das in einem Brustzentrum weiter abgeklärt werden sollte.

DR. ULRIKE WICKMANN: Absolut. Und was ich auch mal den Frauen sage, wenn sie doch verunsichert sind, kommen sie lieber einmal mehr als zu wenig. Das ist überhaupt nicht dramatisch. Wir gucken dann und eine Probe entnehmen, dann sind alle beruhigt. Und vor allem die Patientin, das ist immer ganz gut.

MODERATORIN: Gibt es denn außerhalb der Brust auch Symptome, die man merken könnte? Oder ist wirklich so eine Veränderung an der Brust das erste Anzeichen?

DR. ULRIKE WICKMANN: Na, was wir vorhin schon gesagt haben, bei der Tastuntersuchung ist halt auch immer wichtig, die Achselhöhle mit zu untersuchen. Es gibt auch häufig Brustkrebsarten, die man jetzt so nicht ertasten kann. Aber das sind dann schon wirklich Sachen, sage ich jetzt mal, die Tastuntersuchung ist das, was wir als Patienten oder als Frauen halt dann wirklich auch selber machen können. Und dass man die Achselhöhle mit abtastet, falls dann Lymphknoten sich verdickt oder so. Manchmal tastet man auch nur das. Und es gibt ja auch vor allem viele junge Frauen, die auch dichtes Drüsengewebe haben. Da ist es wahnsinnig schwer, auch dann diese Veränderungen gut tasten zu können. Und da ist manchmal eine Achselhöhle doch, sage ich jetzt mal, weniger groß und weniger dicht. Und dadurch vielleicht auch hier eher ein Knubbel oder eine Vorwölbung zu tasten.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Glücklicherweise wird der Brustkrebs heutzutage sehr früh erkannt. Also die meisten Frauen kommen ja mit kleinen Tastbefunden dann zu uns oder in die gynäkologische Praxis. Dass es eine lokalisierte Erkrankung dann ist, die die Brust- oder maximal noch die Lymphknoten mit einschließt, aber jetzt noch keine körperlichen Symptome in Gänze macht. Also wie Knochenschmerzen, Luftnot, Oberbauchschmerzen. Das würde dann schon für eine Streuung des Krebses sprechen. Und das ist dann ein fortgeschrittenes Tumorstadium. Und das haben wir Gott sei Dank in der Primärdiagnose, in der Erstdiagnose des Brustkrebses, ganz, ganz, ganz, ganz selten. Und das ist auch eine Errungenschaft, muss man sagen, der Vorsorgeuntersuchungen, also vor allem auch des Mammographie-Screenings, dass wir eben die Frauen sehr zeitig diagnostizieren und eben dann schnell auch therapieren können und damit auch die maximalen Heilungschancen haben in einem frühen Tumorstadium.

MODERATORIN: Das wäre jetzt auch die nächste Frage. Die Mammographie ist ja, sage ich mal, nicht die liebste Untersuchung, auf die sich Frauen freuen. Man kriegt dabei ab einem gewissen Alter ja trotzdem ja die Einladung. Wie nützlich ist das?

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also absolut nützlich. Seit der Einführung des Mammographie-Screenings haben wir es da geschafft, dass eben die Frauen, wie ich eben sagte, auch so früh ihre Diagnose bekommen mit der maximalen Chance auf Heilung. Und das ist eben die Haupterrungenschaft darin in dem Screening. Das ist ja also eine Einladung, die die Frauen ab 50 bekommen. Das läuft auch nicht über den Frauenarzt oder über eine radiologische Praxis, die einlädt, sondern eine Screening-Zentrale, die ist jetzt für den Bereich Südostthüringen in Weimar angesiedelt. Das heißt, über das Geburtsjahr werden die Frauen dann ab 50 angeschrieben und zum Screening eingeladen. Und je nachdem, wo man wohnt, fährt man entweder in eine radiologische Praxis oder es kommt so ein Bus, ein Mammobil sozusagen, aufs Land gefahren und

dann stehen die da auf einem Parkplatz zum Beispiel und röntgen dort die Frauen, die eingeladen werden. Und das läuft sehr strukturiert ab. Es sind sehr geschulte Ärzte in diesem Programm integriert, die auch regelmäßig Prüfungen ablegen müssen und ihre Qualität in der Befundung damit auch beweisen müssen. Und auch die radiologischen Assistentinnen, die die Brust röntgen, sind strengen Qualitätskontrollen unterlegen, sodass sie wirklich auch da immer standardisierte Aufnahmen und hochqualitative Aufnahmen anfertigen. Jetzt ist das so eine digitale Mammografie. Also wir haben viel bessere Auflösungen mit der digitalen Mammografie als früher mit dem Röntgenfilm. Aber man braucht eben diesen Druck auf die Brust. Also die wird ja quasi so in zwei Platten eingepresst, wenn man das so sagen kann. Und diesen Druck braucht man, um das Gewebe eben maximal gut transparent auf dieser Aufnahme abbilden zu können, sodass man eben auch bindegewebige Strukturen so weit auseinanderweichen lässt, dass man eben dann eine Veränderung innerhalb dessen besonders gut sehen kann auf der Aufnahme. Und man weiß, dass Frauen mit Anfang 50 und dann eben auch älter ein besonders gut beurteilbares Drüsengewebe haben. Also das darf eben nicht zu dicht sein. Dann würde ich nichts sehen. Das ist wie der Schneehase im Schnee. Den sehe ich halt auch nicht. Der ist weiß und versteckt sich eben in diesen weißen Bindegewebstrukturen. Und wenn das in Richtung Involution geht, so nennt sich das, wenn also das Drüsengewebe in Fettgewebe umgewandelt wird und ab 50 ist das eben so der Fall, dann kann ich eben auch die Verdichtung, und die ist eben weiß, besser sehen auf einem dunkleren Hintergrund. Und deswegen ist die Mammografie eben für Frauen ab 50 gut geeignet. Dass es da auch mal Ausreißer gibt, ist klar. Also dass es auch Frauen gibt, die mit 55 oder 60 noch eine dichte Brust haben, das kann schon auch mal vorkommen. Und denen muss man dann sagen, dass sie zusätzlich beim Frauenarzt noch einen Ultraschall wahrnehmen sollen. Dass eben die Mammografie dann eben nicht die idealste Aussagekraft hat. Und das wird in dem Schreiben, was die Frau dann auch bekommt, wenn sie ihre Mammografie hatte, auch mit hinein formuliert. Also man bekommt ja so etwa eine Woche nach der Mammografie einen Befund. Da steht dann drin, es ist alles in Ordnung. Oder im Grunde des dichten Drüsengewebes empfehlen wir noch das und das. Wenn der Befund auffällig ist, also zwei Ärzte gesagt haben, da ist was, was wir noch mal genauer angucken müssen, dann heißt das jetzt auch nicht, dass das gleich Krebs ist. Das ist ganz wichtig, dass man das den Frauen auch sagt, weil das ist ja die Angst vor einer Fehldiagnose, für eine Verunsicherung unnötiger Art. Sondern es heißt erst mal, okay, man muss einfach noch mal genauer gucken. Und dann steht ein Termin in diesem Brief. Bitte melden Sie sich noch mal in einer Abklärungseinheit. Ja, und da besteht dann die Möglichkeit zum Beispiel mit Ultraschall noch mal die entsprechende Region genauer anzugucken. Oder man macht noch mal so eine mammografische, also eine Röntgenzusatzaufnahme, wo man das noch mal herausvergrößert, das Areal. Und in vielen Fällen hat sich das Ganze damit schon geklärt. Und in den Fällen, wo es immer noch eine Unklarheit gibt, schließt sich dann eine Probenentnahme, eine Gewebeprobe an. Und die kann man sowohl ultraschallgestützt durchführen mit so einer Hochgeschwindigkeitsnadel oder unter mammografischen Bedingungen. Dass also die Brust mammografisch eingestellt wird und dann mit auch einer Hohlnadel im Sinne einer Vakuumbiopsie dann an der entsprechenden Stelle biopsiert wird. Und dann ist innerhalb von einer Woche der Befund da und der wird dann der Patientin mitgeteilt. Diese Wiedereinbestellungsraten, die sind sehr gering. Das ist auch ein Qualitätsindikator. Man will ja mit der Mammografie nicht unnötig die Frauen verunsichern durch die Wiedereinbestellung. Das heißt, es ist auch wichtig, dass sich der Arzt, der befundet, mit seiner Diagnose möglichst sicher liegt. Also das liegt so bei drei Prozent. Wiedereinbestellungsrate aufgrund einer Auffälligkeit in der Mammografie.

MODERATORIN: Also keine Angst vor Mammografie?

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Keine Angst vor Mammografie. Und ja, es ist ein bisschen unangenehm, gerade wenn man auch eine kleine Brust hat oder auch eine sehr dichte Brust hat, wenn das Ganze so eingespannt wird. Aber es ist für einen guten Zweck, weil je besser der Druck ist, desto besser die Auswertbarkeit der Mammografiebilder.

MODERATORIN: Jetzt haben wir Frauen ja eine ganz gute Vorsorge mit der jährlichen gynäkologischen Untersuchung, wo die Brust abgetastet wird oder eben der Mammografie. Und Brustkrebs ist ja auch bei Frauen sehr häufig, aber auch Männer können Brustkrebs kriegen. Wie können die denn da vorsorgen? Was kann man den Männern mitgeben?

DR. ULRIKE WICKMANN: Im Prinzip genau das Gleiche wie bei den Frauen auch. Sie sollten sich selber abtasten. Aber sie haben natürlich recht, es gibt jetzt nicht so wie beim Frauenarzt, wo sie einfach hingehen können und sagen können, ich würde jetzt gerne eine Vorsorge wahrnehmen. Was wir machen, ist, dass Männer, die eine genetische Prädisposition haben, also zum Beispiel einen genetischen Nachweis haben, bei uns mit in die intensivierte Vorsorge mit aufgenommen werden. Das heißt, dass die ungefähr einmal im Jahr zu uns zum Ultraschall auch nochmal kommen, wir sie auch abtasten und ansonsten sie halt auch zu Hause regelmäßig vor allem die Brust abtasten sollten.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also auch Männer sollten natürlich auf Veränderungen am Körper achten. Das Gute ist, bei der männlichen Brust, dass das Drüsengewebe ja wirklich direkt hinter der Brustwarze sitzt. Bei der Frau ist es natürlich deutlich größer ausgeprägt und beim Mann sitzt es direkt hinter der Brustwarze. Das heißt, wenn die dort eine Raumforderung entwickeln, die Männer, dann macht das in der Regel auch schon mal so ein bisschen Beschwerden. Also es führt viel früher auch zu Schmerzen und man sieht eben durch dieses weiche Hautgewebe der Brustwarze relativ schnell auch eine Vorwölbung und das fällt dann irgendwie zwangsläufig auch auf und ist auf jeden Fall immer abklärungsbedürftig. Also auch da können gutartige Veränderungen dahinter stecken, aber wenn sowas ist, auch wenn es einseitig ist, dann auf jeden Fall abklären lassen. Und es gibt ja auch eine gutartige Vergrößerung der männlichen Brustdrüse, das nennt sich Gynäkomastie, das hat häufig hormonelle Gründe, kann auch mal durch Medikamente verursacht sein, aber das kann man halt vom Tasten her und nur vom Ansehen der Brust erstmal nicht trennen von einer bösartigen Veränderung. Und deswegen kommen die Männer dann auch sehr häufig, das finde ich eigentlich sehr schön, dass die Hausärzte jetzt da auch zunehmend sensibilisierter sind. Was die männliche Brustkrebskrankung angeht, die kommen dann halt wirklich auch über die Hausärzte zu uns in die Brustzentren, dass wir das weiter abklären.

MODERATORIN: Jetzt haben wir ganz viel über Vorsorge gesprochen. Ab welchem Zeitpunkt kommen denn die Patientinnen zu Ihnen ins Brustzentrum, schon zur Diagnostik zur weiteren oder zur Behandlung?

DR. ULRIKE WICKMANN: Das ist eigentlich ganz unterschiedlich. Also meistens kommen die Patienten entweder mit einem stanzbiopsischen gesicherten Befund durch die Screening-Einheit. Wir haben auch einmal die Woche eine interdisziplinäre Konferenz, wo wir auch gemeinsam die Fälle schon mal vorbesprechen, bevor die Patienten bei uns dann auch einen Termin haben, dass wir uns gemeinsam die Bilder schon mal angucken und so. Weil das Tolle ist eigentlich an diesem Mammografie-Screening, dass die meisten kommen ohne Symptome. Also die haben vorher meistens keinen Tastbefund gehabt, die haben vorher meistens keine Sekretion gehabt, keine Einschränkungen und die wissen das überhaupt nicht und genau für diese Patienten ist eigentlich das Screening, genauso wollen wir es eigentlich. Also dass sie wirklich in einem ganz frühen Stadium sind und damit auch super therapierbar sind. Also Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs. Wir haben ganz häufig auch Konsile von Patienten aus dem Haus, wo man eine Tumorsuche macht. Die kommen mit einem Verdacht auf Tumor irgendwo im Körper und die sehen wir dann halt auch und gucken uns die an oder halt wirklich die Tastbefunde oder die Sekretion. Das sind eigentlich so die üblichen.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Ich will nochmal eins ergänzen, das ist glaube ich nochmal wichtig, dass der Zugang zu einem interdisziplinären Brustzentrum idealerweise durch den Frauenarzt gesteuert wird. Also das ist auch für uns ganz wichtig, weil wir ja auch gucken müssen, dass wir allen Patienten gerecht werden, die uns vorgestellt werden und dass wir auch die Zeit dafür haben, dass quasi auch durch den niedergelassenen Frauenarzt, die Frauenärzte dann so eine gewisse Vorselektion erfolgt. Also die stellen sozusagen mit ausreichender Begründung dann uns die Patienten vor und so soll es auch sein. Also der Frauenarzt hat ja auch, sagen wir mal, seine Kompetenzen und hat seine Kenntnisse auch in der Mamma-Diagnostik und kann auch viel schon, ich sag mal, da diagnostizieren und der Patientin Sicherheit geben und wenn es da nicht weitergeht, also wenn die Frauenärztinnen und -ärzte an die Grenzen kommen, dann kommen wir sozusagen dann ins Boot und sei es nochmal durch einen zweiten Blick mittels Ultraschall, dass wir es nochmal ergänzend einschätzen oder sei es dann eben durch die dann doch empfohlene

feingewebliche Abklärung mit einer Biopsie und dann ist es auch so, wenn es dann geklärt ist durch uns, dann gehen die Patienten dann auch mit dem Befund dann wieder zurück zum Frauenarzt und können dann dort auch weiter nachbeobachtet werden, wenn das jetzt nichts ist, was operiert werden muss oder anderweitig behandelt werden muss. Das ist ganz wichtig, dass die Patienten auch als erstes ihren Frauenarzt aufsuchen und ja, das ist dann sozusagen noch das wichtigste Eintrittstor zu uns und dann haben wir noch die Patientinnen und Betroffenen, die eine Genveränderung in sich tragen und ein statistisch deutlich erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs zu erkranken und die müssen natürlich engmaschig vorgesorgt werden und da ist das MRT eine wichtige Säule, da ist der Ultraschall eine wichtige Säule und es ist dann auch so, dass man das zweimal im Jahr machen muss und das MRT einmal im Jahr und da stehen wir natürlich zur Verfügung, also dass wir diese bildgebende Diagnostik dann mit anbieten. Wir sind ja in Vorbereitung auf ein sogenanntes FBREG-Zentrum, also ein Zentrum wollen wir werden für die Behandlung des familiären Brust- und Eierstockkrebses, wo also interdisziplinär, wie auch schon in einem Brustzentrum vorhanden, sich die Fachexperten sozusagen mit dieser intensivierten Vorsorge und Beratung der Betroffenen gut auskennen und das gut durchführen können und das soll aber dann hier gebündelt sein in einer Zentrumstruktur, sodass wir dann auch für Thüringen eine gute Versorgung gewährleisten können.

DR. ULRIKE WICKMANN: Was ich vielleicht hier nochmal ergänzen möchte ist, wir haben halt nicht dieses zertifizierte FBREG-Zentrum, aber wir machen ganz normal intensivierte Vorsorge als zertifiziertes Brustzentrum natürlich, das heißt, dass Patienten, die eine genetische Prädisposition haben, wie BRCA-Mutation, ATM, CHECK-2-Mutation und so weiter, dass die sich natürlich bei uns in die intensivierte Vorsorge begeben können. Also die Frage ist, wann bin ich denn genetisch sozusagen prädisponiert, auch an Brustkrebs zu erkranken? Also wir haben sozusagen Genetiker, das ist eine eigene Fachabteilung, die die Patienten anhand der Anamnese entscheiden, ob die für eine Diagnostik, also ob man diesbezüglich ein Risiko in sich trägt, diagnostizieren und dann Blut abnehmen und wann muss ich an sowas denken, ist zum Beispiel, wenn in der nächsten Familie, das heißt, Geschwister, Cousin, Cousine, Eltern, Großeltern, wenn da Brusterkrankungen, Eierstockserkrankungen vorliegen, wenn die im jungen Alter aufgetreten sind, dann auch immer, also wenn einer in einer Familie in der ersten Linie unter 36 ist, ist das ganz doll wichtig, wenn Männer betroffen sind, wenn Eierstockserkrankungen sind, unterm Strich ist es nachher ein Punktescore, der sich aufsummiert und sobald man drei Punkte hat, hat man die Indikation zur genetischen Beratung und auch Testung, genau, aber das entscheiden dann sozusagen wirklich diese genetischen Praxen, wer dann wirklich getestet wird.

MODERATORIN: Genau, aber wenn man in jungen Jahren Krebs bekommt oder in der Familie das gehäuft, auftritt, ist zumindest mal.

DR. ULRIKE WICKMANN: Vorsicht geboten und einfach mal.

MODERATORIN: zur Beratung gehen und abklären.

DR. ULRIKE WICKMANN: Absolut, ganz wichtig. Überhaupt mal, dass jemand danach fragt, ist ja immer schon mal so eine Sache.

MODERATORIN: Wie oft kommt das denn vor, diese genetische Prädisposition? Ich sage mal, Stichwort Angelina Jolie, die hat ja auch diesen genetischen Faktor.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: So ist es ja auch in die Öffentlichkeit geraten. Das muss man sagen, eigentlich war es gar nicht so schlecht, dass sie das öffentlich gemacht hat, weil dadurch hat das wirklich nochmal so eine Wahrnehmung auch in der Öffentlichkeit bekommen, das Thema und viele Frauen, wir haben das auch im Brustzentrum bemerkt, haben dann sich intensiver auch mit ihrer Familiengeschichte auseinandergesetzt und sind dann auch in unseren Brustzentren gewesen zur Beratung, ob sie für eine Gentestung in Frage kommen oder nicht. Das empfand ich eher als sehr positiven Effekt. Es ist insgesamt eine sehr seltene Geschichte. 90 Prozent der Brustkrebserkrankungen sind multifaktoriell, wie man so schön sagt, also ganz viele verschiedene Gründe könnten zusammenkommen, um dass die Zelle dann plötzlich entartet und sich so weiterentwickelt zum Brustkrebs und in fünf bis zehn Prozent der Fälle ist es eben diese genetische Ursache und da sind diese zwei Hauptgene BRCA1 und BRCA2 eben am wichtigsten,

spielen also die wichtigste Rolle, was den erblichen Brustkrebs angeht. Die sitzen also auf den Chromosomen 17 und 13 und kodieren letztlich für einen Mechanismus, also sie sind verantwortlich für einen Mechanismus, dass die Zelle es schafft, eine Entartung zu verhindern. Oder wenn da irgendwo ein Fehler im System ist, dann verhindert dieses Gen, dass sich diese Zelle weiter fehlentwickeln kann und zum Krebs entwickeln kann. Also es sind Tumorsuppressor-Gene. Und bei den Betroffenen mit einer Mutation im BRCA1 oder BRCA2 fällt dieser Schutzmechanismus weg und dadurch kann in einem sehr hohen Maße im Laufe des Lebens eben können Tumorzellen entarten und zum Brustkrebs oder auch Eierstockkrebs heranwachsen. Da ist das Risiko, wenn man jetzt zum Beispiel die BRCA1-Mutation nimmt, so ein Lebenszeitrisiko etwa bei 50 bis 80 Prozent für den Brustkrebs, während das normale Lebenszeitrisiko einer Frau ohne Mutation bei 12 Prozent liegt und das ist schon sehr, sehr erheblich.

MODERATORIN: Sie haben ja schon gesagt, Brustkrebs ist nicht gleich Brustkrebs. Ich nehme auch an, je nachdem, was für einen Brustkrebs man hat, wie ausgeprallt er ist, wie er genetisch bedingt ist, sind auch die Behandlungsmethoden sicherlich unterschiedlich. Was gibt es denn für Möglichkeiten, den Brustkrebs zu therapieren?

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also wir gehen sehr individualisiert vor. Das ist, glaube ich, erst mal ganz wichtig zu sagen, dass wir zum einen natürlich auch erst mal die Patientin sehen, dass wir auch noch mal ganz genau schauen, wie alt ist sie, wie ist sie auch mit ihren Begleiterkrankungen geplagt? Also es gibt ja auch multimorbide, also kranke Frauen, die auch nicht alles schaffen in einer Therapie. Das heißt also, man muss noch mal eine vernünftige Anamnese machen und gucken, wo die Frau steht, was kann man ihr eigentlich auch zumuten und wie ist sie sozial auch eingebunden? Auch das spielt für viele Frauen eine Rolle. Es ist ja erst mal ein Fullstop im Leben einer Frau, die Diagnose. Und das heißt, man muss sie wirklich da Schritt für Schritt durch begleiten und es betrifft alle Lebensbereiche der Frau, mit denen sie da zu tun hat und durch die sie sich selber dann auch durchnavigieren muss und die das beeinträchtigt. Das ist schon auch Teil unseres Erstkontakts, wenn die Patientin zu uns kommt, dass wir das auch mal ganz offen auch erfragen. Und dann schauen wir auf die eigentliche feingewebliche Diagnose und gucken uns die Tumorzellen und den Befund sozusagen vom Pathologen noch mal ganz genau an. Und da ist jetzt nicht nur die Frage für uns, ist es bösartig oder nicht, sondern wenn es bösartig ist, wie sind die Zusatzeigenschaften, die sogenannte Tumorbiologie, sagen wir dazu. Die Brustkrebszellen, die können eben, sagen wir mal, so gelagert sein, dass sie überwiegend gute Eigenschaften haben. Gut bedeutet im Prinzip, dass sie hochhormonempfindlich sind. Das sind immer die gut behandelbaren Brustkrebsformen und eine geringe Wachstumsgeschwindigkeit haben. Also das ist schon mal ein gutes Zeichen. Das sind so eher die Brustkrebsformen, die keine Chemotherapie brauchen, die als nicht aggressiv einzustufen sind, die super gut behandelbar sind. Und dann haben wir noch die, zum Beispiel keine Hormonempfindlichkeit zeigen. Und die haben häufig auch eine höhere, schnellere Wachstumsgeschwindigkeit und die stufen wir als aggressiver ein. Dann gibt es noch eine dritte Gruppe. Die dritte Gruppe hat im Prinzip noch so auf der Oberfläche so einen Wachstumsmarker, so ein Faktor, HER2 heißt es. Und dieser Wachstumsmarker, der beschleunigt sozusagen das Zellwachstum durch einen besonderen Mechanismus, den nur diese Krebszelle eben hat. Das zeichnet sie aus. Also ein sogenannter HER2-neupositiver Brustkrebs. Und da wissen wir, dass eben diese Brustkrebsformen auch zu den aggressiveren zählen und eben auch eine besondere Therapie brauchen, um die Frau in der Zukunft vor einem Erkrankungsrückfall zu schützen. Dann sortieren wir das sozusagen in dieses Risikofeld ein und erklären der Frau schon mal, der Patientin, wie die nächsten therapeutischen Schritte zu gestalten sind. Und in den meisten Fällen, also ich sag mal so 60, 80 Prozent können wir tatsächlich als erstes mal eine Operation durchführen und entfernen also den Tumor. Das gelingt auch in den allermeisten Fällen als Brusterhaltende OP mit einem kleinen Schnitt. Eventuell wird noch ein Wächter-Lymphknoten mit entfernt, um Klarheit zu haben, ob dieser befallen ist oder nicht. Danach schauen wir uns noch mal an, den feingeweblichen Befund und wenn sich keine große Änderung ergeben hat zum Biopsie-Befund, dann haben wir als nächsten therapeutischen Schritt die Bestrahlung. Das ist also immer eine feste Einheit. Brusterhaltende OP und Bestrahlung gehören immer zusammen. Das heißt also, die Frau wird mit der Strahlentherapie davor geschützt, dass also an dem Ort, wo der Tumor ursprünglich saß, nochmal ein Tumor wächst. Im Falle der hormonempfindlichen Brustkrebserkrankung haben wir die sogenannte antihormonelle Nachbehandlung. Und das ist eine Tablette, die die Frau bekommt. Die unterscheidet sich so ein

bisschen, ob es sie vor den Wechseljahren steht oder nach den Wechseljahren, die Patientin. Antihormonell, das heißt, wir entziehen einer Krebszelle, die möglicherweise noch irgendwo unterwegs ist, den Nährboden für weiteres Wachstum, indem wir den weiblichen Hormonhaushalt quasi durch die Tablette absenken. Und das erkläre ich immer so ein bisschen als Lebensversicherung, damit die Frauen auch so ein bisschen besser durch die Nebenwirkungen kommen und lernen da auch, ich sage mal, gut mit umzugehen, dass es durchaus sinnvoll ist, diese Therapie auch durchzuhalten, weil sie wirklich schützt. Sie schützt auch die gesunde Brust vor einer Erkrankung und sie schützt auch vor Fernmetastasen, also vor allem Streuen des Krebses in Organe oder in die Knochen. Das wäre dann also für fünf Jahre eine Therapie, die zu empfehlen ist bei einem hormonempfindlichen Brustkrebs. Und in der Situation, wo wir feststellen müssen, dass der Krebs doch eine aggressive Variante ist, dann besprechen wir mit den Frauen, dass wir zu einer Chemotherapie raten und dann führen wir auch die Chemotherapie in aller Regel vor der Operation durch, weil wir dann eine gute Kontrolle haben, ob der Tumor auch auf die Therapie anspricht. Wenn er also noch in der Brust verblieben ist, dann sehen wir ja über die Chemozyklen hinweg, das ist ja so ein knappes halbes Jahr Therapie, sehen wir also sehr gut, dass der Tumor in der Regel schmilzt, also der wird immer kleiner und zum Ende der Therapie können wir in den meisten Fällen sogar nur noch eine Narbe darstellen im Ultraschall oder der Pathologe, wenn er das Gewebe untersucht, dann nach der Operation findet wirklich nur noch, ich sag mal, narbiges Gewebe, avitale Zellen, also keine lebendigen Krebszellen mehr im Resektat. Und das ist eigentlich der beste Therapieerfolg, den man mit einer Chemotherapie erzielen kann. Die sogenannte komplette Remission, so heißt das dann.

DR. ULRIKE WICKMANN: Es gibt viele Möglichkeiten, deswegen ist ja auch ein Brustzentrum, sage ich jetzt mal, hochspezialisiert. Und gerade weil es halt so viele Zusatzfaktoren gibt, denke ich, ist halt auch, wenn man eine Diagnose wie Brustkrebs hat, wo Zellveränderungen sind, halt wirklich wichtig, dass man an ein zertifiziertes Brustzentrum geht, weil es halt wirklich so viele verschiedene Therapiemöglichkeiten gibt. Bei uns kriegen alle ein Tumorboard. Das bedeutet, dass wir uns wirklich auch interdisziplinär mit den Strahlentherapeuten, Onkologen, Pathologen zusammensetzen, uns jede Patientin individuell anschauen und halt, ja, Therapieplan für jede Patientin individuell bestimmen, ja. Und das dann halt auch angepasst an die Lebenssituation der Patientin, dann auch mit der Patientin besprechen, auch was sind ihre Wünsche, was sind ihre Möglichkeiten, also was geht, was geht nicht. Und ich sage mal so, man muss einer älteren Dame mit 90 Jahren und einem wenig aggressiven Brustkrebs, heißt es nicht, dass man ihr eine Chemotherapie geben muss, überhaupt nicht. Wir gucken schon wirklich sehr individuell bei jeder Patientin, deswegen sind wir ja so hoch spezialisiert in dem Bereich auch.

MODERATORIN: Werden die Brustkrebsarten, die genetisch bedingt sind, werden die anders behandelt als ein nicht genetisch bedingter?

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also der genetisch bedingte Brustkrebs ist häufig ein aggressiver Brustkrebs, also er betrifft dann eben auch die junge Frau, also meist so Mitte 30, Mitte, Ende 30 und häufig ist es ein sogenannter Triple-negativer Brustkrebs. Das heißt, wir haben keine Andockstellen, keine Rezeptoren für die weiblichen Hormone und auch dieser Wachstumsfaktor Rezeptor HER2 ist eben nicht exprimiert, also ausgeprägt auf der Krebszelle und deswegen sagt man dreifach negativ, Triple-negativ und das sind eben leider auch die, die eben zu den aggressiveren Tumoren gehören. Die Patientinnen bekommen dann eben, wie vorhin schon erwähnt, diese neoadjuvante Chemotherapie, also eine Chemotherapie vor der geplanten Operation und da kombinieren wir mittlerweile auch verschiedene Substanzen, um diese Erkrankung wirklich effektiv wie möglich zu behandeln und mittlerweile gehören da also auch Immun-Checkpoint-Inhibitoren dazu, das ist also was, was jetzt sehr intensiv auch in die Krebstherapie Einzug gehalten hat, dass man Antikörper hat, dass man speziell immunvermittelte Substanzen hat, die das eigene Immunsystem pushen, um gegen die Krebserkrankung vorzugehen. Das sind sogenannte zielgerichtete Therapien, die wir einsetzen können und die wir kombinieren mit der sogenannten Standard-Chemotherapie. Das ist eben, hat sich gezeigt in den Studien, dass das in den Kombinationen eine besonders hohe Effektivität bringt, bedeutet, dass besonders viele Frauen, wenn sie die Chemo beendet haben, also 64 Prozent der Frauen tatsächlich auch eine sogenannte komplette Remission erreichen konnten, dass der Krebs als vitaler Krebs gar nicht mehr sichtbar ist unter dem Mikroskop des Pathologen. Und das ist das,

was wir wollen, weil das übersetzt sich auch in die Prognose der Patientin. Das heißt also, wie hoch ist dann die Wahrscheinlichkeit, dass der Krebs im Laufe des Lebens nochmal zurückschlägt. Und jetzt muss man ja sagen, man hat es mit jungen Frauen zu tun, die haben ja wirklich noch viel, viel Lebenszeit vor sich. Das heißt, die soll möglichst erkrankungsfrei verlaufen und da müssen wir den ersten Stein der Behandlung, den Grundstein der Behandlung der Brustkrebserkrankung wirklich richtig und so effektiv wie möglich setzen. Das ist so die Besonderheit, sage ich jetzt mal, der Risikokrebsformen, aber vor allem eben in Kombination auch mit der BRCA-Mutation. Und dann gibt es auch nochmal erweiterte Möglichkeiten für die Frauen, dass sie mit einer Tablette nochmal ganz gezielt auch diese BRCA-Komponente mit nachbehandeln können, um sich den Schutz für die späteren Lebensjahre nochmal zu erhöhen, dass da keine Erkrankung erneut auftritt. Also auch da haben wir nochmal zielgerichtete Therapien, die wir einsetzen können.

MODERATORIN: Viele Frauen haben ja auch Sorge, dass sie ihre Brust verlieren durch den Brustkrebs. Was können sie den Frauen da mitgeben?

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Also zur OP ist erstmal so zu sagen, dass wir ja 80 Prozent der Frauen können wir brusterhaltend operieren. Also ein kleiner Schnitt genügt, wie so ein kleines Tortenstückchen, sage ich immer, um den Tumor herum zu entfernen. Das restliche Drüsengewebe bleibt erhalten, sodass die Form der Brust erhalten bleibt, die Größe der Brust in der Regel auch erhalten bleibt. Dann haben wir Möglichkeiten sogar mit Verschiebelappen, Plastiken, mit Verkleinerungstechniken trotzdem die Brust zu erhalten und eine schöne Form wieder herzustellen. Selbst wenn der Tumor eine gewisse Größe hat, gelingt es trotzdem auch, die Brust zu erhalten. So und dann gibt es noch die Gruppe an Frauen, wo der Brustkrebs vielleicht an ganz verschiedenen Stellen der Brust sitzt. ein sogenannter multizentrischer Brustkrebs, wo wir uns nicht nur auf eine Region konzentrieren können, sondern die gesamte Brust irgendwie erkrankt ist. Da müssen wir dann leider die Entscheidung treffen, dass eben eine sogenannte Mastektomie, also eine Brustdrüsenkörperentfernung die beste Möglichkeit ist, um die Patientin auch wirklich krebsfrei zu bekommen. Und da wiederum gibt es zwei Möglichkeiten, wie man eine Mastektomie durchführen kann. Dann gibt es also auch die Möglichkeit, dass man den Hautmantel erhält und nur den Drüsenkörper herausnimmt. Und so wie eine Apfelsine aus der Schale herauslöst und den Hautmantel aber erhält und in derselben OP-Sitzung dann ein Silikonimplantat einlegt. Das hat den Vorteil, dass wir den gesamten Drüsenkörper entfernen können, aber dass die Frau eben ihre Brust auch wieder rekonstruiert bekommt und das auch mit einer guten Kosmetik. Das ist also eine Möglichkeit, die Endothesen, also Implantatrekonstruktion. Die andere Möglichkeit, das ist dann eher was für eine zweite OP-Sitzung, wäre dann die Eigengewebsrekonstruktion, wobei wir hier mit plastisch-chirurgischen Kliniken im Umkreis zusammenarbeiten, weil das sind dann Eigengewebsverpflanzungen, zum Beispiel vom Bauch in Richtung Brustkorb, um die Brust zu rekonstruieren, die wir hier im Haus jetzt nicht durchführen. Und die andere Variante der Mastektomie ist also die Kompletentfernung der Drüse und der darüberliegenden Haut und der Brustwarze, sodass die Patientin dann im Prinzip eine glatte Brustwand übrig behält. Und da gelingt aber auch durch eine sehr gute Prothesenversorgung, also BH plus Epithesenversorgung, ein Ausgleich dann, sodass man mit dem T-Shirt oder mit der Bluse irgendwie auch da keinen Unterschied sieht. Also es ist von außen nicht sichtbar, dass das Organ fehlt, weil einfach die Anpassung über die Sanitätshäuser da wirklich auch sehr ausgefeilt ist, eine gute Beratung auch besteht und man auf die individuellen Bedürfnisse der Frau da sehr gut eingehen kann. Also auch das ist für manche Frauen auch der beste Weg, also auch in der eigenen Wahrnehmung für Frauen, die Probleme haben, einen Fremdkörper sich einlegen zu lassen. Und es ist halt auch ein Fremdkörper und man darf auch nicht vergessen, dass so ein Fremdkörper auch Probleme machen kann im Laufe des Lebens. Also Stichwort Kapselfibrose, nachfolgende Operation und so weiter. Und da sind manche Frauen einfach auch nicht bereit dafür, das so in Kauf zu nehmen und können sich dann eher vorstellen, dass es eben so versorgt ist mit einer prothetischen Versorgung über den BH.

MODERATORIN: Haben Sie zum Abschluss noch eine Botschaft, die Sie den Frauen mitgeben möchten?

DR. ULRIKE WICKMANN: Ja, gehen Sie zum Screening, das ist wirklich das A und O, vertrauen Sie uns, wir begleiten Sie da wirklich durch. Und vor allem wirklich, Brustkrebs ist nicht gleich

Brustkrebs. Also es ist wahnsinnig schwer, auch im Internet nachzulesen, weil so viele Faktoren sind, da gehört auch wirklich ein bisschen Vertrauen uns gegenüber, dass wir sie da gut durchbegleiten können.

DR. STEFANIE SCHÜTZE: Jede Erkrankung ist individuell und das Internet hilft tatsächlich nicht weiter, sondern verunsichert dann in so einer Situation mit der frischen Diagnose, die eh schon alles auf den Kopf stellt, total. Und deswegen sind wir auch Ihre Ansprechpartner für eben genau die ganz gezielten Fragen, die auf die eigene Erkrankung zugeschnitten sind und das ist glaube ich ganz wichtig und es ist auch total wichtig, dass Frauen wieder ihren Körper auch in die Wahrnehmung bringen, dass sie Veränderungen fühlen und sehen und ihrem Körper auch ein Stück weit vertrauen, welche Zeichen er sendet und da auch sensibel darauf reagieren und dass sie ihren Körper auch wahrnehmen und Selbstfürsorge betreiben, indem sie eben auch zur Vorsorge gehen und Selbstvorsorge und Fürsorge betreiben. Das ist ganz wichtig. Sie werden von uns ernst genommen, das heißt, wenn sie auch ein ungutes Gefühl einfach mal nur haben und sagen, ich glaube, hier stimmt was nicht in meiner Brust, dann werden sie auf jeden Fall in unserem Brustzentrum ernst genommen und wir klären es ab.

MODERATORIN: Dann sage ich ganz herzlichen Dank für die vielen wichtigen Informationen und wir hören uns wieder