

Newsletter PATH

Ausgabe 13, 2020

JEDE SPENDE HILFT!
PATH unterstützt
die Krebsforschung.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe PATH-Frauen,

dieser Newsletter erscheint in einer Zeit, in der die Corona-Pandemie unser öffentliches und privates Leben bestimmt hat und auch weiter bestimmt. Nach den ersten bangen Wochen, nach der Beobachtung der ansteigenden Fallzahlen, nach der Angst vor dem exponentiellen Wachstum, nach den erschütternden Bildern von Kühlwagen aus Bergamo und Queens, New York, kam langsam das Nachdenken über Krebs. Was geschieht im Lockdown mit den Krebskranken? Es gibt ja keinen Stopp bei onkologischen Erkrankungen, die Krankheit hält nicht inne. Sie wartet nicht ab, bis die Pandemie vorbei ist. Was also ist mit der Versorgung?

Im Mai war zu lesen, dass man in den onkologischen Abteilungen der Krankenhäuser eine beunruhigende Beobachtung machen konnte: Hier gab es ein Viertel weniger Neudiagnosen und Krebsoperationen. Das stellte ein vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg geführtes Netzwerk fest. Dabei sagten die Fachgesellschaften schon Ende April: „Die Versorgungskette muss gesichert bleiben. Die Therapien müssen weiterlaufen.“ Und jetzt? Der Krebs verschwindet ja nicht schlagartig. Er wächst weiter in den Körpern der Menschen. Offensichtlich trauten sich viele Betroffene in den ersten Pandemiewochen nicht zum Arzt oder ins Krankenhaus. Vielleicht waren auch bildgebende Untersuchungen nicht im notwendigen Umfang verfügbar. Die Gefahr der Verschleppung von Diagnosen ist insofern gegeben. (Quelle, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 1. Mai 2020)

Am 28. April erschien ein gemeinsames Statement der Fachgesellschaften von Chirurgen und Anästhesisten zum schrittweisen Hochfahren von Operations- und Behandlungskapazitäten. Ob durch die 6-10 Wochen Pause und Aufschub tatsächlich mehr Krebspatienten mit fortgeschrittener Erkrankung und schlechteren Heilungschancen in die Behandlung kommen, wird man sehen. Seit Monaten heißt es zum Glück wieder: Vorsorgetermine wahrnehmen, Operationen durchführen, Therapien durchführen!

In einem Artikel fassen wir die aktuellen Leitlinien zu Corona und Krebskranken noch einmal zusammen. Wer ist Risikogruppe, wer nicht? Wie halten wir es mit Vorsorge und Früherkennung? Wir haben in diesem Newsletter wieder neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus Kongressen zusammengetragen, die jetzt alle im virtuellen Raum stattfinden. Wir schauen, wie Brustkrebspatientinnen in Indien versorgt werden, und blicken auf die Ernährung. Meine Freundin und Vorstandskollegin Doris Schmitt fragt in einem persönlichen Artikel nach Testmöglichkeiten und Behandlungsoptionen, wenn der Krebs fortschreitet.

Liebe PATH-Frauen, die Corona-Pandemie ist nicht vorbei. Wir müssen noch eine ganze Weile die AHA Regeln -Abstand, Hygiene, Alltagsmaske – brav einhalten. Dann bleiben uns viele Covid-19-Todesfälle erspart. Damit sind wir in Deutschland bisher gut gefahren. Jetzt ist noch Lüften hinzugekommen. Und heute, während ich letzte Korrekturen an diesem Newsletter vornehme, sind wir im Tag 3 des „Lockdown light“. Bitte bleiben Sie vorsichtig und bleiben Sie gesund!

Herzliche Grüße

Ihre Ulla Ohlms, Vorsitzende der Stiftung PATH



Inhaltsverzeichnis, Spender

Editorial	1
Impressum	2
Corona und wir Krebspatientinnen und -patienten	3
Ernährung und Krebs - Interview mit Frau Kerschbaum	6
Frau Wilmes ist trotzdem glücklich	10
Diagnosestellung Brustkrebs - Was ist Standard?	12
Gute Nachricht aus Brüssel: Stella Kyriakidis ist neue EU Gesundheitskommissarin	15
Brustkrebs in Indien - Interview mit Dr. Manjiri Bakre & OncoStem	16
Neues vom größten internationalen Brustkrebskongress SABCS Dezember 2019 – Ein Kongressbericht aus der Zeit vor Corona	18
In meinem Körper stimmt was nicht!,	20
Wer bestimmt die Krebstherapie?	21
Wenn die Krankheit fortschreitet. Wie durch Testen zielgerichteter behandelt wird. Interview mit Prof. Michael P. Lux	22
Können Viren Krebs auslösen?	25
„Aufgeschnappt“	26

Path ist eine gemeinnützige Stiftung, die sich u. a. über private Spenden und Spenden aus der Industrie finanziert.

Wir danken insbesondere:

Roche Pharma AG

Silke Brooren

Martin Heinemann

Novartis Pharma GmbH

Marianne Stevens

Pfizer Pharma GmbH

Maria Müller-Vahrenholt

Den Trauergästen von Angelika Wilmes



Impressum

Herausgeber:

Stiftung PATH –
Patienten-Tumorbank der Hoffnung
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
info@stiftungpath.org

Rückmeldungen an:

PATH-Büro München
Dr. Stephanie Torkler
und Dr. Tobias Anzeneder
wissenschaftliche Leiterin und
ärztlicher Leiter der Biobank
Schäftlarnstr. 62
81371 München
torkler@path-biobank.org
Tel. 089 78067848

Redaktion:

Ulla Ohlms
Vorsitzende Stiftung PATH –
Patienten-Tumorbank der Hoffnung
ohlms@stiftungpath.org

Layout:



Lektorat:

Jutta Kühn

Bildernachweis:

Die Abbildungen auf den Seiten 3, 7, 8 und 17 sind von Adobe Stock

Autorenfotos: Ulla Ohlms von Jessica Slominski, Stephanie Torkler von Barbara Meyer-Selinger, Eva Kerschbaum von Stephan Reißner (LMU Klinikum), Stella Kyriakidis von European Commission AV Portal, Manjiri Bakre von GK Vale Studio Bangalore, Frau Wilmes, privat.

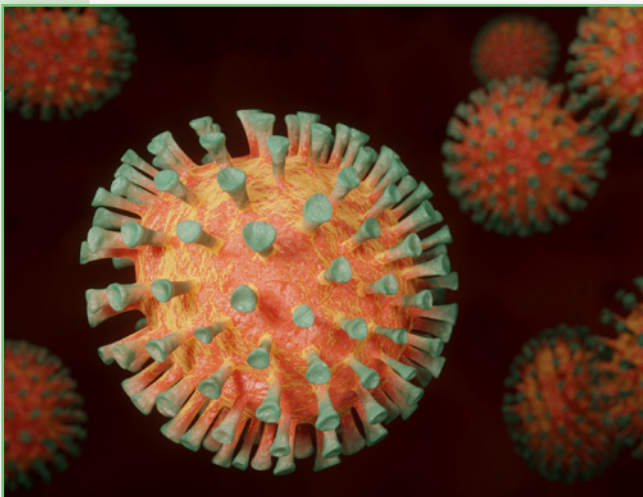
Fotos auf den Seiten 12, 13 und 22 von St. Vinzenz-Krankenhaus Paderborn.

Wenn nicht anders angegeben, stammen alle Abbildungen und Bilder von den Autoren oder den Abgebildeten.

Corona und wir Krebspatientinnen und -patienten

Die Angst vor der Corona-Pandemie hat alle getroffen – gesunde und kranke Menschen. Wie war es um die bestellt, die am Anfang oder mitten in einer Krebsbehandlung waren? Wer gilt heute als Risikopatient? Ein Rückblick und ein Überblick.

Als uns in Deutschland die Corona-Pandemie traf, war das Erschrecken groß. Wer sich informierte und auf die Stimmen der Virologen und Epidemiologinnen hörte, wusste, dass jetzt Vorsicht, Schutz und Rückzug die wichtigsten Verhaltensweisen waren. Keine Infektion riskieren, lieber zuhause bleiben, Kontakte vermeiden. Am 16. März wurden Schulen, Lokale und Geschäfte geschlossen, am 18. März erfolgten Einreisestopp und Rückholaktionen von deutschen Urlaubern. Am 22. März wurden strenge Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen erlassen.



Ich persönlich habe mich schon am 17. März in Selbst-Quarantäne begeben, habe das Plakat "Wir bleiben zuhause" ins Fenster gehängt, die Kontakte zur Familie aufs Telefon beschränkt und die Nachrichten verfolgt. Mit täglichen Spaziergängen (allein) und gelegentlichen Lebensmitteleinkäufen habe ich mich beweglich gehalten. Mein Quarantäne-Tagebuch geht bis Tag 61, aber da hatte ich schon mit einer Freundin Spaziergänge um die Grunewald-Seen gemacht – mit Abstand und Maske. An den Vormittagen Homeschooling per Zoom mit den Enkeln.

Im März habe ich einen „Corona-Brief“ an die PATH-Frauen mit Mailadresse geschickt und sehr schöne Rückmeldungen bekommen. „Danke für die Mut machenden Worte und guten Ratschläge. Mir geht es gut und ich befolge die Ratschläge aus Medizin und Politik.“ „Auch ich vermisse meine Enkel sehr.“ „Vielen Dank für Ihre Worte. Es hat mir sehr geholfen, nicht mehr zu denken, ich wäre hysterisch, sondern einfach auf das zu hören, was die Politiker vorgeben.“

Lock down und Kontaktbeschränkungen haben funktioniert

Deutschland hat es gut gemacht. Wir haben ein niedriges Infektionsgeschehen und vergleichsweise wenige Todesfälle (Stand: Mitte September 2020). Die Aufrüstung der Kliniken mit Intensivbetten und Beatmungsplätzen ist erfolgt, für eine zweite Welle sind wir gut gerüstet. Wir haben uns über die Lockerungen gefreut und unser altes Leben ein Stück weit zurückbekommen. Wie schön, mein erstes italienisches Essen auf einer luftigen Restaurant-Terrasse! Aber mit dem Herbst und Winter kommen nach Aussagen der Virologen wieder neue oder alte Herausforderungen auf uns zu. Kontakte verringern, Ansammlungen in Innenräumen meiden und konsequent Masken tragen.

Wie aber unsere schönen Corona-Erfolge umgedeutet wurden, hat Prof. Christian Drosten treffend als „Präventions-Paradoxon“ bezeichnet. Weil wir uns in Deutschland sehr früh und sehr brav zurückgenommen haben, konnte das Infektionsgeschehen abgesenkt werden. Und jetzt sagen viele Leute, „Was? Corona soll eine gefährliche Krankheit auslösen? Ich sehe keine Kranken, ich kenne keinen, der an Covid-19 gestorben ist.“ Kleiner Tipp: Falls Ihnen jemand mit solchen Sprüchen kommt, dann sagen Sie einfach: „Ich kenne keinen, der bei einem Verkehrsunfall tödlich verletzt wurde. Aber sowas gibt es doch trotzdem, oder?“

Was geschah nun mit den Menschen, die im Lockdown mit Krebs diagnostiziert waren und am Anfang oder mitten in der Krebsbehandlung waren? Wurde alles gestoppt? Nein. Bereits im März haben die onkologischen Fachgesellschaften dazu aufgerufen, die begonnene Krebstherapie auf jeden Fall weiterzuführen – natürlich unter besonderen Schutzmaßnahmen. Der Nutzen der Therapie steht über dem Corona-Risiko, hieß es.



Begonnene Krebsbehandlung unbedingt fortsetzen

Am 25. März riet das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Versorgung von Krebspatienten sicherzustellen. Verschiebung von Therapien oder Operationen wurde nur bei chronischer und gut beherrschbarer Krankheit nach sorgfältigem Abwägen empfohlen. Aus der PATH-Kooperationsklinik Kassel hörten wir, dass Operationen und die Brustsprechstunde weiter durchgeführt wurden. Und auch aus dem Brustzentrum der Universitätsklinik Marburg wurde berichtet, dass es keine Einschränkungen gibt, was die Diagnostik und Operation auffälliger Befunde betrifft. Viele Frauen waren erleichtert, dass die Behandlung ohne Zeitverzug in Angriff genommen wurde. Sie fühlten sich durch den Brustkrebs stärker betroffen als durch die Angst vor einer Corona-Infektion.

Aus dem Brustzentrum der Universität München berichtet die Oberärztin Rachel Würstlein im Mai: „Wir therapieren – egal, ob es um die Operation, die Bestrahlung oder die Systemtherapie geht – nach Standard.“¹⁾ Allerdings wird nun viel telefoniert, um die Patientinnen zu erreichen und zur Fortsetzung der Therapie zu ermuntern.

Prof. Trümper, Leiter der Onkologie an der Universität Göttingen sagte der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung, dass er zwar nicht für alle Kliniken sprechen könne, aber als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie habe er den Eindruck, dass Krebspatienten während der Pandemie gut versorgt worden seien.²⁾

Wer ist Risikopatient?

Im Juni haben das Robert-Koch-Institut (RKI), die Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) sich dazu geäußert, wer zu den Risikogruppen gehört, die sich vor einer Corona-Infektion besonders schützen müssen. Das RKI nennt ganz allgemein Krebspatienten als gefährdete Gruppe. Die DGHO präzisiert das aber und beruhigt die Menschen, deren Krebserkrankung und Behandlung lange zurückliegen. Wer also vor 10 Jahren durch eine Chemotherapie gegangen ist, gilt nicht als besonders gefährdet.

„Kein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei Ansteckung mit SARS-CoV-2 haben Krebspatientinnen und -patienten mit einer gut beherrschten Erkrankung oder nach erfolgreich abgeschlossener Erstbehandlung (vorausgesetzt, sie zählen nicht aus anderen Gründen zur Risikogruppe).“ Krebsinformationsdienst³⁾

Zur Risikogruppe zählen generell Menschen höheren Alters, stark Übergewichtige, dann Vorerkrankte, vor allem mit Infektionen der oberen Luftwege, und Menschen in einer Chemo- oder Antikörpertherapie, die das Immunsystem schwächt.



Ein Sorgenkind in diesem Kontext ist allerdings die Früherkennung. Maßnahmen wie das Mammografie-Screening wurden im Corona-Lockdown für einige Wochen ausgesetzt. Vom 23. März bis 4. Mai war Pause. Das kann zu verzögerten Erstdiagnosen geführt haben und so manche Krebserkrankung verschleppt haben. Ob es dazu gekommen ist, werden wir in einigen Jahren sehen. Auch bei der Früherkennung von Darmkrebs durch Darmspiegelungen scheint es rückläufige Zahlen zu geben

Wichtig zu merken: Krebs Früherkennung und die bekannten Vorsorgemaßnahmen finden wieder statt und sollten unbedingt genutzt werden.

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Quellen:

- 1) Münchner Brustzentrum „Corona ist kein Grund, schlechtere Brustkrebsprognose hinzunehmen.“ Ärztezeitung online, 24. Mai 2020
- 2) „Keine Scheu vor dem Arztbesuch!“ F.A.S., 12. Juli 2020, S. 15
- 3) <https://www.krebsinformationsdienst.de/leben/alltag/coronavirus-krebs-haeufige-fragen.php> 19. 6. 2020



FÜR FRAUEN. GEGEN KREBS.

Vorbeugen. Bekämpfen. Therapien erleichtern.

Mehr Informationen unter:

www.msd-gesundheit.de/fuerfrauen

© 2018 MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar. www.msd.de

Beim Thema Essen und Trinken herrscht große Unsicherheit bei vielen Krebspatientinnen und -patienten. Wir haben mit der Ernährungswissenschaftlerin Eva Kerschbaum zum Thema gesprochen. Sie ist in der Beratungsstelle für Ernährung am Tumorzentrum München tätig.



Eva Kerschbaum

Leibspeise oder „Krebsdiät“?

PATH: Zu Beginn eine sehr grundsätzliche Frage: Wie soll sich ein Patient/eine Patientin während der Krebstherapie ernähren – essen, was schmeckt, oder besser eine spezielle Diät einhalten?

Eva Kerschbaum: Die Antwort ist genauso einfach wie schwierig: Eine Ernährungsweise, die für den gesunden Menschen gut ist, ist auch für Menschen mit einer Krebserkrankung gesund. Diese Ernährung bezeichnen wir als ausgewogen, abwechslungsreich, bedarfsgerecht oder nährstoffreich. Durch eine Tumorerkrankung und die Therapie kann es allerdings zu Einschränkungen in der Ernährung kommen. Je nach therapiebedingten Beschwerden kann es nötig sein, die Ernährung an die jeweilige Situation anzupassen. Trotzdem ist das Ziel auch dann, eine ausgewogene Ernährung zu erreichen. Von speziellen Krebsdiäten raten Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) oder die Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Onkologie (AG PRiO) ab.

Sind Nahrungsergänzungsmittel sinnvoll?

PATH: Viele Patientinnen fragen sich, inwieweit sie mit Nahrungsergänzungsmitteln ihre Erkrankung positiv beeinflussen und die Therapie damit unterstützen können. Was ist wirklich hilfreich?

Eva Kerschbaum: Einer aktuellen Umfrage zufolge gibt etwa die Hälfte aller Krebspatienten an, entsprechende Produkte einzunehmen. Vielen Patienten ist jedoch nicht bewusst, dass es zu Interaktionen zwischen Nahrungsergänzungsmitteln und medikamentösen Therapien kommen kann. So gibt es Hinweise darauf, dass hochdosierte Antioxidantien (wie Vitamin C) die Wirkung einer Chemotherapie zum Teil aufheben können. Diese sollten daher nicht während der Chemotherapie oder Bestrahlung verabreicht werden.

Bei einem tatsächlich nachgewiesenen Mangel können Nahrungsergänzungsmittel nach ärztlicher Vorgabe verwendet werden. Allerdings fehlen häufig entsprechende Laborkontrollen bzw. sind die erhobenen Werte nur bedingt aussagekräftig. Daher sollte man sich bei Unsicherheiten über die Zusatzpräparate beraten lassen. In jedem Fall sollten die behandelnden Ärzte über die Einnahme informiert werden.

Wie bedenklich sind Hormone z.B. Phytoöstrogene in Nahrungsmitteln?

PATH: Ca. 70 bis 80 Prozent der Brustkrebspatientinnen haben einen hormonrezeptorpositiven Tumor, der ein hormonabhängiges Wachstum zeigt. In vielen Pflanzen und damit Lebensmitteln wie z. B. Soja und Leinsamen finden sich hormonähnliche Stoffe, sog. Phytoöstrogene. Kann sich die Aufnahme dieser Stoffe auf Tumorwachstum und Behandlung auswirken?

Eva Kerschbaum: Aufgrund der aktuellen Datenlage schätzen nationale und internationale Fachgesellschaften den Verzehr von ein bis zwei Portionen sojahaltiger Lebensmittel pro Tag (Isoflavongehalt ca. 25 - 50 mg) für BrustkrebspatientInnen und -überlebende als unbedenklich ein. Dies gilt auch während einer antihormonellen Therapie. Eine Portion entspricht z.B. einem Glas Sojamilch (250 ml) oder etwa 100 g Tofu.

Soja bzw. Sojaprodukte weisen unter allen Nahrungsmitteln den höchsten Gehalt an Phytoöstrogenen auf. Dementsprechend können BrustkrebspatientInnen andere phytoöstrogenhaltigen Lebensmittel ebenfalls ohne Bedenken in verzehrsüblichen Mengen zu sich nehmen.

Medikamente und Wechselwirkungen mit Lebensmitteln?

PATH: Im Verlauf einer Therapie müssen oft mehrmals täglich Medikamente eingenommen werden. Nicht alle Medikamente vertragen sich mit jedem Lebensmittel oder Getränk. Worauf sollte man bei der Einnahme besonders achten?

Eva Kerschbaum: Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Lebensmitteln sind häufig. Sie treten besonders dann auf, wenn die Vorschriften zur Einnahme missachtet werden. Einige Arzneimittel interagieren mit calciumreichen Lebensmitteln wie Milch und Milchprodukten und calciumreichem Mineralwasser (> 150 mg/l). Die Einnahme von Bisphosphonaten zum Knochenschutz beispielsweise sollte daher zeitversetzt zum Essen erfolgen. Wie lange der Abstand sein sollte, entnehmen Patienten der Packungsbeilage.

Grapefruit und Bitterorange sowie daraus hergestellte Produkte wie Grapefruitsaft sollten während der Einnahme von Medikamenten nicht verzehrt werden, da sie Stoffe enthalten, die für den Abbau von Arzneimitteln notwendige Enzyme blockieren können. Dadurch kann sich die Wirkung der Medikamente unkontrolliert verstärken. Auch andere Substanzen können einen Einfluss auf das Enzymsystem haben. Sie können sowohl hemmend als auch anregend wirken. So sorgt beispielsweise das Phytotherapeutikum (pflanzliches Arzneimittel) Johanniskraut dafür, dass das Blutverdünnungsmittel Marcumar® (Phenprocoumon) schneller ausgeschieden und die Wirkung abgeschwächt wird. Auch ist die Kombination aus Alkohol und Arznei-

mitteln nicht ratsam, da die unterschiedlichsten unvorhersehbaren Wechselwirkungen auftreten können.

Bei Nahrungsergänzungsmitteln ist ebenso Vorsicht geboten. Aufgrund der hohen Konzentrationen einzelner Stoffe kann es schnell zu Wechselwirkungen mit Medikamenten kommen. Informieren Sie daher immer Ihren Arzt über alle Präparate, die Sie einnehmen.

Sollten Sie sich unsicher sein, fragen Sie am besten in der Apotheke nach, wie Sie Ihre Medikamente genau einnehmen sollen. Lesen Sie auch aufmerksam die Hinweise zur Einnahme im Beipackzettel.

Was tun bei Gewichtsverlust?

PATH: Gerade in den Phasen einer anstrengenden Therapie nehmen viele Patientinnen an Gewicht ab. Eine mangelhafte Ernährung führt zum Abbau von Fett- und Muskelmasse und kann in schlimmeren Fällen auch das Risiko von z.B. Osteoporose erhöhen. Wie kann man erfolgreich dagegen vorgehen?

Eva Kerschbaum: Bei einem ungewollten Gewichtsverlust empfiehlt es sich, über den Tag verteilt mehrere kleine, energiereiche Mahlzeiten zu essen. Ideal sind 5 - 8 Mahlzeiten, wobei auch eine Banane als Snack zwischendurch eine Mahlzeit ist. Dabei können Betroffene ohne schlechtes Gewissen alles essen, worauf sie Appetit haben, auch wenn sie etwas von einer gesunden Ernährung abweichen, denn oberstes Ziel ist eine bedarfsgerechte und in diesem Fall kalorienreiche Ernährung.

Zudem sollten Patienten darauf achten, ausreichend Eiweiß aufzunehmen. Gute Eiweißlieferanten sind Fleisch, Fisch, Eier, Milch und Milchprodukte, Hülsenfrüchte sowie Nüsse. Auch kalorienhaltige Getränke wie Saftschorlen, Malzbier, alkoholfreies Bier, Kakao, Milchshakes, gesüßter Tee oder Limonaden etc. können einen guten Beitrag zur Energieaufnahme leisten. Zusätzliche Kalorien bringt das Anreichern von Speisen mit fettreichen Zutaten, die eine hohe Energiedichte besitzen. Zu diesen zählen u. a. hochwertige Pflanzenöle wie Oliven-, Walnuss- und Leinöl, aber auch Sahne, Butter, Crème fraîche, Mayonnaise, Nussmus oder fettreicher Käse.

Was tun bei Übelkeit?

PATH: Nebenwirkungen einer Chemotherapie sind oftmals Übelkeit und damit verbundene Appetitlosigkeit. Welche Maßnahmen können die Beschwerden lindern?

Eva Kerschbaum: In diesem Fall hilft es ebenfalls, mehrere kleine Mahlzeiten zu essen. Oft ist der Appetit morgens am größten, sodass ein ausgiebiges Frühstück eine gute Grundlage schafft. Für zwischendurch empfiehlt es sich, hochkalorische Snacks, z. B. Käsewürfel mit Weintrauben, Nüsse, Trockenobst oder Cracker, griffbereit zu halten. Kleine Spaziergänge an der frischen Luft oder leichte Gymnastik regen den Appetit an. Ablenkung beim Essen wie anregende Gespräche und positive Gesellschaft erleichtert die Nahrungsaufnahme.

Bei Übelkeit eignen sich besonders kalte und lauwarme Speisen, da diese weniger geruchsintensiv sind. Gutes Lüften verhindert starke Essensgerüche. Zudem ist es hilfreich, fertige Gerichte portionsweise einzufrieren, so können lange Zubereitungszeiten vermieden werden. Betroffene sollten außerdem ausreichend in kleinen Schlucken trinken.



Wie kann man das Immunsystem durch Ernährung stärken?

PATH: Vor allem im Verlauf einer Chemotherapie kann das Immunsystem geschwächt sein. Wie kann man das Immunsystem durch Ernährung stärken? Sollte man während der Therapie auf rohe oder unverarbeitete Lebensmittel verzichten?

Eva Kerschbaum: Eine gesunde, ausgewogene Kost ist die beste Basis für das Immunsystem und verringert die Gefahr einer Erkrankung, von der banalen Erkältung bis hin zum Krebsrisiko. Eine solche Ernährungsweise zeichnet sich durch reichlich Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte und Vollkornprodukte, aber nur wenig „typisch westliche“ Nahrungsmittel wie Wurst, Alkohol, Fast Food, Fertiggerichte und Softdrinks aus. Zusätzlich ist es wichtig, genug Wasser oder ungesüßte Getränke zu trinken und die Lebensmittelvielfalt zu genießen. Dazu gehört auch, die Zubereitungsarten zu variieren, also Gemüse und Obst mal roh und mal gekocht zu verzehren. Im rohen Zustand bleibt der größte Anteil der Vitamine erhalten, doch manche bioaktiven Inhaltsstoffe wie das Lycopin der Tomate entfalten erst nach dem Erhitzen ihre positive, gesundheitsfördernde Wirkung. Dieser Ernährungsstil liefert alle notwendigen Nährstoffe und unterstützt die Abwehrkräfte perfekt.

Wird aufgrund therapiebedingter Beschwerden Rohkost nicht gut vertragen, empfiehlt sich eine leicht verdauliche Kost, die Gemüse und Obst überwiegend in gedünstetem bzw. gekochtem Zustand beinhaltet.

Was sind die größten Ernährungsmythen im Zusammenhang mit Brustkrebs?

PATH: Dass ein Verzicht auf Zucker das Tumorwachstum bremsen soll, ist ein weit verbreiteter Ratschlag zur Ernährung bei Krebs. Ist das wissenschaftlich haltbar? Richtig gefährlich wird es, wenn beispielsweise gereinigtes Petroleum als Krebswundermittel angepriesen wird. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Ernährungsmythen?

Eva Kerschbaum: Ein kompletter Verzicht auf Zucker oder Kohlenhydrate kann aus wissenschaftlich fundierter Sicht nicht empfohlen werden. Große Studien zeigen eher ein erhöhtes Risiko für einen ungewollten Gewichtsverlust unter einer solchen Ernährungsweise, was bei Krebspatienten wiederum mit einer eingeschränkten Lebensqualität, einer schlechteren Prognose und mehr Nebenwirkungen verbunden ist. Die kräftezehrende Tumorthherapie sollte am besten von einer bedarfsdeckenden Ernährung begleitet werden. Angepasst an die individuelle Situation und die Bedürfnisse sollten Patienten auf eine abwechslungs- und nährstoffreiche Kost zurückgreifen, wie sie die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) oder der World Cancer Research Fund (WCRF) empfiehlt. Eine solche Ernährung hält Betroffene bei Kräften und trägt maßgeblich dazu bei, die Therapie mit so wenigen Nebenwirkungen wie möglich zu durchlaufen.

Die Wissenschaft hat festgestellt...

PATH: Gibt es überhaupt empirische Studien, die einen klaren Zusammenhang zwischen Ernährung und Krebs feststellen und daraus Schlussfolgerungen und Ratschläge seriös entwickeln können? Wenn an Krebs erkrankte Menschen heute gefragt werden, wie sie sich in den letzten 20 Jahren ernährt haben, dann kann doch dabei nichts Vernünftiges herauskommen. Wir wissen ja nicht mal, was wir vor vier Tagen zu Mittag hatten. Können uns Daten aus Kulturvergleichen weiterhelfen? Welche Länder haben eine niedrige Rate an Brustkrebs und was essen die Menschen dort?

Eva Kerschbaum: Es gibt epidemiologische Beobachtungsstudien, die sehr große Teilnehmerzahlen aufweisen. Zudem gibt es zu bestimmten Themen kontrollierte Interventionsstudien, die

ganz gezielt den Einsatz einer Schutzmaßnahme oder Behandlung auf ein Erkrankungsrisiko untersuchen. Diese Studien haben zwar kleinere Fallzahlen, sind aber sehr viel aussagekräftiger. Internationale Forschungsorganisationen bewerten diese Studien und analysieren die validesten, um fundierte Empfehlungen herausgeben zu können. So geben beispielsweise der WCRF oder die International Agency for Research on Cancer (IARC) entsprechende Ratschläge zu Ernährung und Lebensstil auf ihren Homepages.

Aber auch Daten aus Kulturvergleichen helfen weiter. So stellte man fest, dass im asiatischen Raum wesentlich mehr Soja verzehrt wird und die Brustkrebsraten niedriger sind. Man vermutet demnach einen präventiven Effekt von Sojaprodukten. Doch die genauen Zusammenhänge sind noch nicht abschließend geklärt.

Das Interview führte Dr. Stephanie Torkler, wissenschaftliche Leiterin der Biobank PATH



DAS **K** WORT

Sag

ja
zum Leben

Das K Wort steht für Krebs. Das Wort, das niemand hören möchte. Du hast Krebs? Du kennst jemanden, der Krebs hat? Damit bist Du nicht allein.

Wenn Du nach Tipps und Raum zum Austausch suchst und Menschen kennenlernen möchtest, die wissen, wie es Dir geht oder wenn Du Dich über medizinische Themen alltagsnah und verständlich informieren willst:

Besuche uns auf www.daskwort.de und folge uns auf Facebook und Instagram unter [@daskwort!](https://www.instagram.com/daskwort)

Roche Pharma AG
Patient Partnership Hämatologie / Onkologie
79639 Grenzach-Wyhlen, Deutschland

© 2020

Tumortestung & Therapieentscheidung

Umfassende Erbgutanalyse des Tumors = Comprehensive Genomic Profiling (CGP)

Entnahme

einer Gewebeprobe des Tumors oder eine Blutprobe

Aufbereitung

der DNA aus der Tumorprobe

Untersuchung

der Probe auf bekannte krebserrelevante Genveränderungen (Mutationen)

Erstellung

des patientenindividuellen Tumorprofils

Therapieentscheidung

je nach Tumorprofil

Frau Wilmes ist trotzdem glücklich

Wie geht es einer Frau, die mit dem Ehemann Herztransplantationen und Krebserkrankungen durchlebt hat und dann selbst an Brustkrebs erkrankt? Viele Menschen würden mit dem Schicksal hadern. Warum wieder ich? Und mancher wäre verzweifelt, würde anderen die Gesundheit neiden und ihr in dieser Hinsicht sorgenfreies Leben. Frau Wilmes tickt anders. Eine Begegnung.



Frau Wilmes

Am Telefon klingt Frau Wilmes gut sortiert, ziemlich aufgeweckt und unverkennbar nach Ruhrgebiet. Die 85 Jahre glaubt man ihr nicht. Aber dass sie vor der Familiengründung bei der Sparkasse gearbeitet hat – das kann man sich gut vorstellen. Sie war von PATH schriftlich auf die Teilnahme an einer Studie angesprochen worden. Da hat sie kurzentschlossen zum Telefon gegriffen. Ja, sie würde gern mitmachen. Es sei doch für die Krebsforschung. Weil sie aber dann doch nicht in die Studie passt, wird ein Telefon-Interview verabredet. So viel Engagement im hohen Alter, solch große Gesprächsbereitschaft – das macht neugierig.

Frau Wilmes ist Brustkrebspatientin, leider schon zum zweiten Mal. Die Krankheit ist inzwischen fortgeschritten. Ihr Leben hat all die Jahre in der Nähe von Dortmund stattgefunden. Dort wohnt sie noch immer, im eigenen Haus. Ihr Mann war Architekt, erkrankte schwer und war mit 55 auf ein neues Herz angewiesen. 121 Tage Wartezeit in der Klinik, sie fährt jedes Wochenende mit dem Auto zu ihm. Das Herz stand dann zur Verfügung und wurde am Herzzentrum Berlin transplantiert. Damals gab es noch die DDR und die Mauer.

Die Reisen nach Berlin waren mühsam, so Frau Wilmes: Grenzübergänge, Flüge, Bahnfahrten zu Vorbesprechungen und Nachuntersuchungen. Geholfen haben dem Ehepaar die Gespräche mit einem Nachbarn, der zwei Jahre vorher transplantiert worden war. „So konnten wir uns gut vorbereiten.“ Nach mehreren kleinen Abstoßungsreaktionen ist das Herz zu verkalkt und nicht mehr funktionsfähig. Dann die zweite Transplantation. Als sei das alles nicht genug, kommen beim Ehemann noch zwei Krebserkrankungen dazu.

Wer wäre an der Seite eines so kranken und hilfsbedürftigen Mannes nicht an seine Grenzen gekommen und verzweifelt? Nicht so Frau Wilmes. „Wir hatten noch 21 schöne Jahre“, fällt ihr ein, als sie über diese Zeit spricht. Er hatte noch Bauaufträge. Es tat ihm gut, dass er weiterhin in seinem Beruf arbeiten konnte.

2004 erkrankt auch Frau Wilmes. Bei einer Mammografie wird Brustkrebs entdeckt. Es folgen Operation, 10 Chemotherapien, 33 Bestrahlungen und 5 Jahre antihormonelle Therapie. 2008 stirbt der Ehemann. Aber es gibt zwei Töchter und sechs Enkel, einer studiert Medizin. Eine Tochter lebt schräg gegenüber. Die familiäre Bindung ist gut, Hilfe und Unterstützung sind selbstverständlich.

Nach 11 Jahren kehrt der Krebs zurück, ein Rezidiv in der erkrankten Brust, Amputation. An der anderen Seite gibt es eine Metastase in der Achsel. Und das ist nicht alles. Sie hatte doch bei der Erstdiagnose nur einen befallenen Lymphknoten. Die Metastasen sind ein Schock. Wo sitzen sie? „Lunge, Leber, Knochen. Mehr geht nicht, was?“, sagt sie und klingt wieder nach Ruhrgebiet – trocken und lakonisch.

Sie wird jetzt im Brustzentrum des Johannes-Hospitals in Dortmund behandelt. Klinik und Versorgung gefallen ihr gut. Den Chef Dr. Kunz mag sie. Er sei so freundlich zu den Patientinnen. Auch mit dem Onkologen Dr. Hagen, kommt sie bestens zurecht. Er steuert ihre Chemotherapie. Frau Wilmes fühlt sich bei ihm in guten Händen. Hier im „JoHo“ ist sie zu PATH gekommen, hier hat sie eingewilligt, ihr Tumorgewebe für die Forschung zu spenden. Dass Brustkrebspatientinnen so eine Biobank ehrenamtlich auf die Beine gestellt haben und erfolgreich betreiben, findet sie wunderbar.

Seit 2017 geht Frau Wilmes jede Woche zur Chemotherapie, sie hat einen Port. Nach 5 Jahren - sie ist jetzt 85 - entscheidet sie, nun ist es genug. Sie hört mit der Therapie auf, es wird ihr zu viel. Frau Wilmes ist nicht naiv. Sie weiß, dass der Krebs fortschreiten kann. Am Schlüsselbein kann sie einen Knubbel fühlen. Gegen nächtliche Schmerzen nimmt sie ein Morphin.



Wir reden über Dinge, die ihr gut tun. Einmal die Woche gibt es Akkupunktur, es hilft ihr, sagt sie. Milliarden Chinesen können nicht irren, sage ich, und wir lachen. Frau Wilmes trinkt morgens erst ein Glas Sauerkrautsaft und dann ein Glas Rote-Beete Saft. Seit langem schon. Ich muss mich ein bisschen schütteln. Aber wer weiß, vielleicht liegt hier das Geheimnis ihres hohen Alters. Morgens nimmt sie über eine Nasenbrille Sauerstoff, den Blut Gas-Gehalt misst sie selbst. Dann ist sie gerüstet für den Tag.

Es wird ihr zu laut während des Telefonats, ihre Haushaltshilfe ist mit dem Staubsauger unterwegs. Frau Wilmes geht nach oben, und das Gespräch kann in Ruhe fortgesetzt werden. Sie erzählt von ihrer Familie, die sie umsorgt. Dafür ist sie dankbar. Die Tochter schaut regelmäßig nach ihr, kauft ein, kümmert sich. Auch deshalb kann Frau Wilmes weiter selbstständig in ihrem Haus leben. Regelmäßig kommt eine jüngere Freundin zum Plaudern und Helfen vorbei. „Das ist meine 3. Tochter“, sagt Frau Wilmes. Mittags gibt es Essen auf Rädern. „Und?“ frage ich, „schmeckt es?“ „Nö.“

Und dann ist da noch der Hund, ein Entlebucher Sennenhund, die kleinste Ausgabe der vier Sennenhundrassen. Heißt Cäthe.

Aus Stammbaumgründen musste vorne ein C stehen, erklärt Frau Wilmes. „Der Hund ist auch alt“, sagt sie. Und deshalb passt es gut, wenn sie mit Cäthe und Rollator spazieren geht. Nach 30 Minuten sind beide müde.

Von Frau Wilmes geht eine große Zufriedenheit aus. „Man darf sich nicht abkapseln“, sagt sie. „Ich habe von jung auf Kontakte gehabt und die auch immer gepflegt“. Sie ist froh, dass sie in Deutschland lebt, ist dankbar für die gute medizinische Versorgung. Dass manche Patienten so viel zu meckern haben, kann sie nicht verstehen. „Uns geht es doch gut!“

Frau Wilmes ist im September verstorben. Unser Mitgefühl gilt ihrer Familie. Ich bin froh, dass ich diese lebenswerte Frau noch kennenlernen konnte. Sie wollte auf ihrer Beerdigung keine Kränze und Blumen, sondern Spenden für PATH. Und diesem Wunsch sind alle gefolgt, und zwar sehr großzügig. Danke, liebe Frau Wilmes!

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Engagiert in der Forschung. Im Einsatz für den Patienten.



Mit mehr als 15 000 Mitarbeitern weltweit entwickelt und vermarktet Daiichi Sankyo neben Medikamenten für kardiovaskuläre Erkrankungen innovative Therapien im Bereich der Onkologie. Unsere DXd Antikörper-Wirkstoffkonjugat (ADC)-Technologie ist die Basis für unser Bestreben, den Behandlungsstandard für Patienten und Patientinnen mit Krebs zu verändern.

Weitere Informationen finden Sie unter WWW.DAIICHI-SANKYO.EU

Diagnosestellung Brustkrebs. Was ist Standard? Wann sollte getestet werden?

Die Diagnose Brustkrebs ist ein Schock für jede Frau. In dieser Situation ist es wichtig zu wissen, dass hier kein Notfall vorliegt, der am nächsten Tag operiert werden muss. Zunächst muss der Tumor differenziert analysiert werden, damit die wirksamste Therapie und die bestmögliche Vorgehensweise festgelegt werden können.

Die möglichen Therapien haben sich gerade beim Brustkrebs in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Es stehen zahlreiche unterschiedliche Therapien zur Verfügung. Aber nicht jede Therapie ist bei jedem Brustkrebs geeignet, d. h., wir brauchen zuverlässige prognostische und prädiktive Faktoren zur Planung einer Therapie. Dazu kurz zur Erklärung: Ein Prognosefaktor ist eine Eigenschaft des Brustkrebses bzw. der Patientin mit Brustkrebs, die den Verlauf der Erkrankung ohne die entsprechende Therapie vorhersagen kann. Dieses bedeutet, wenn der Brustkrebs schlechte prognostische Faktoren aufweist, ist ein möglicher Vorteil durch eine folgende Therapie besonders hoch. Hat die Patientin mit einem Brustkrebs nur gute prognostische Faktoren, so ist die Heilungsrate auch ohne eine weitere Therapie sehr hoch. Hier kann man folgend „deeskalieren“, d. h., wir können die Therapien reduzieren und so Nebenwirkungen vermeiden.

Besonders wichtig sind in den letzten Jahren die prädiktiven Faktoren geworden. Das sind Eigenschaften des Brustkrebses, die vorhersagen, ob eine bestimmte Therapie hilft oder nicht. Wenn man diese kennt, kann man Therapien individuell und gezielt für jede Patientin planen. Somit können Über-, aber auch Untertherapien vermieden werden. Ein Beispiel ist der Hormonrezeptorstatus. Wenn dieser positiv ist, sagt er voraus, dass eine antihormonelle Therapie wirkt.

Wenn zuverlässige prädiktive Faktoren zur Verfügung stehen, kann für jede Patientin die beste Therapie ermittelt werden. Dies erfolgt bei zertifizierten Brustkrebszentren in interdisziplinären Tumorkonferenzen, wo alle beteiligten medizinischen Disziplinen zusammensitzen und jeden „Fall“ einzeln durchsprechen und eine Therapiestrategie entwickeln. Um aber im Folgenden den Überblick über die unterschiedlichen Möglichkeiten zu behalten, möchte ich dieses nach den unterschiedlichen Therapie-situationen unterteilen.

Am Anfang steht die genaue Diagnose

Am Anfang der Brustkrebserkrankung steht selbstverständlich immer die Diagnose. Das bedeutet einerseits die klinische Tastuntersuchung, die Mammografie und die Mamma-Sonographie, ggf. eine Magnetresonanztomographie (MRT). Hierbei wird zunächst eingeschätzt, ob es sich um einen auffälligen Befund handelt. Wenn sich in der klinischen Untersuchung und der Bildgebung zeigt, dass ein suspekter Herd vorliegt, so ist der erste Schritt nie die Operation. Man muss zunächst wissen, um was für einen Tumor es sich handelt, d. h., man muss die prognostischen und prädiktiven Faktoren kennen. Deshalb wird eine Stanzbiopsie durchgeführt. Hierbei wird Gewebe gewonnen, das

in der Pathologie untersucht wird. Zu den grundsätzlichen Faktoren, die uns die Pathologie ermittelt, gehören der Hormonrezeptorstatus, der Her2-Status, das Grading und die Wachstumsgeschwindigkeit, die wir anhand des Faktors Ki67 bestimmen. Wenn wir diese Faktoren kennen, folgt nicht direkt die Therapie, sondern die interdisziplinäre Festlegung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes in der interdisziplinären Tumorkonferenz.

Wenn wir anhand der Faktoren der Pathologie sehen, dass eine Chemotherapie, ggf. in Kombination mit einer Antikörpertherapie (falls der Tumor Her2-positiv ist) erforderlich ist, wird diese in der Regel in der Neoadjuvanz durchgeführt, d.h. vor einer Operation. Hier können wir den Tumor verkleinern und auch sehen, ob die ausgewählte Chemotherapie und ggf. Antikörpertherapie auch tatsächlich wirkt. Die Frage stellt sich nun, welche genetischen Testungen hier in der neoadjuvanten Situation zur Verfügung stehen und den Patientinnen angeboten werden sollen. Gerade in dieser Situation werden viele genetische Tests im Rahmen von klinischen Studien durchgeführt, um neue Parameter für eine bessere Therapie zu identifizieren.

Welche Testungen kommen beim frühen Brustkrebs infrage?

An genetischen Testungen in der klinischen Routine ist aktuell nur eine besonders relevant. Hierbei handelt es sich um die Brustkrebsgene BRCA1 und BRCA2 bzw. ein Panel von mehreren Risikogenen, wenn bestimmte Eigenschaften erfüllt sind. Dieses sollte in der Neoadjuvanz bei allen Patientinnen durchgeführt werden, die eine familiäre Brust- und Eierstockkrebserkrankung aufweisen und somit die Kriterien zur genetischen Testung erfüllen. Es wäre z.B. eine genetische Testung sinnvoll, wenn in der Familie drei oder mehr Brustkrebsfälle unabhängig vom Alter aufgetreten sind oder wenn zwei Brustkrebsfälle aufgetreten sind und eines der Familienmitglieder vor dem 50. Lebensjahr erkrankt ist. Die genauen Kriterien für die familiäre Belastung und die Indikation zur genetischen Testung können auf den Internetseiten der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie und der Deutschen Krebsgesellschaft nachgelesen werden.



Aber auch unabhängig von einer familiären Belastung kann eine genetische Testung der BRCA1/2-Gene erforderlich sein. Dieses betrifft vor allem Patientinnen mit einem sog. triplenegativen Mammakarzinom, d. h., der Brustkrebs weist weder positive Hormonrezeptoren noch einen positiven Her2-Rezeptor auf. Hier wissen wir, dass wir auch unabhängig von der familiären Krebsgeschichte Mutationen in über 10 Prozent nachweisen können, wenn die Patientin jünger ist. Im Rahmen des Deutschen Konsortiums „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ wird hier eine Testung ab einem Alter unter 50 Jahren bei Erkrankung empfohlen. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie empfiehlt eine Altersgrenze von unter 60 Jahren. Wenn eine Patientin eine vererbte Mutation BRCA1 oder BRCA2 aufweist, so ist auch das Risiko einer zweiten oder dritten Brustkrebserkrankung im weiteren Verlauf des Lebens erhöht. Hier kann man der Patientin neben einer intensivierten Nachsorge nach der abgeschlossenen Therapie auch die Option einer prophylaktischen Brustentfernung mit einer Rekonstruktion anbieten. Da die Therapie vor der Operation ca. ein halbes Jahr dauert, hat die Patientin genügend Zeit, wenn das Ergebnis der genetischen Testung vorliegt, über diese Option nachzudenken. Aus meiner Sicht ist es wichtig, die Patientin frühzeitig zu identifizieren und ihr diesen Test anzubieten. Das erfolgt leider noch nicht konsequent in Deutschland.

So weit die neoadjuvante Situation, wenn also vor der Operation bereits medikamentös behandelt wird. In der adjuvanten Situation geht es um ergänzende und unterstützende Behandlungen nach der Operation mit dem Ziel, ein Wiederauftreten des Tumors zu verhindern. In der Adjuvanz stehen noch mehr genetische Tests zur Verfügung. Wenn eine Patientin bei Diagnosestellung keine höheren Risikofaktoren aufweist, wird in der Regel direkt die Operation durchgeführt. Hierbei handelt es sich meist um die hormonrezeptorpositiven Brustkrebsfälle, die die größte Gruppe von Brustkrebspatientinnen in Deutschland darstellen und grundsätzlich eine gute Prognose haben. Allerdings gibt es auch in dieser Gruppe Patientinnen, die doch eine Chemotherapie benötigen. Es ist allerdings nicht einfach, die Patientin zu identifizieren, die wirklich von einer Chemotherapie profitiert, bzw. die Patientin zu erkennen, bei der eine Chemotherapie eine Übertherapie wäre. Hierzu stehen als Hilfestellung die sog. Genexpressionstests zur Verfügung. Dabei handelt es sich um Tests, die schauen, welche Gene im Tumor besonders aktiviert oder deaktiviert sind. Daraus können Signaturen gewonnen werden, die eine besonders gute Prognose oder schlechte Prognose nachweisen. Daraus wird ersichtlich, dass bei einer schlechten Prognose eine Chemotherapie gegeben werden sollte, bei einer guten Prognose darauf verzichtet werden kann.

Chemotherapie ja oder nein. Hilft da ein Test?

Diese Tests wurden jahrelang in Deutschland diskutiert, und es fehlte lange Zeit eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Das hat sich im vergangenen Jahr geändert, nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss sich positiv zum sog. Oncotype

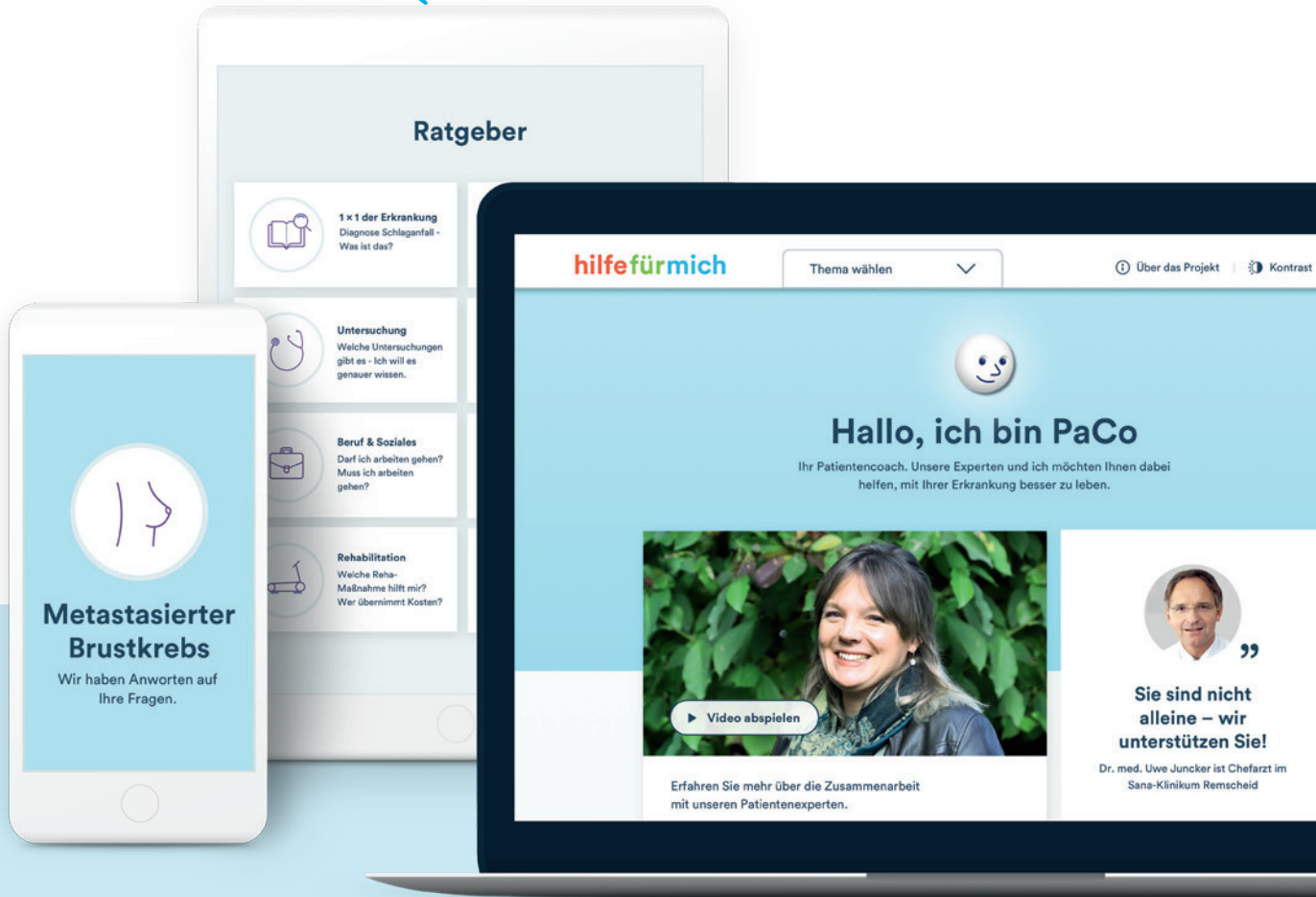
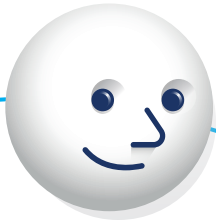
DX®Test geäußert hat. Die Bewertung basiert auf unterschiedlichen Studien, besonders wichtig ist die sog. TAILORx-Studie. In diese Studie wurden über 10.000 Patientinnen eingeschlossen, die keinen Lymphknotenbefall vom Brustkrebs hatten, hormonrezeptorpositiv waren und einen negativen Her2-Rezeptor aufwiesen. Folgend wurde der Oncotype DX®Test durchgeführt. Kam hier ein niedriger Risiko-Score raus (0-10), wurde nur eine endokrine (antihormonelle) Therapie durchgeführt. Bei hohem Risiko-Score (26 - 100) wurde vor der endokrinen Therapie eine Chemotherapie durchgeführt.



Wichtig ist die mittlere Gruppe. Bei einem Risikowert zwischen 11 und 25 wurden die Patientinnen randomisiert (aufgeteilt). Die eine Gruppe erhielt nur die Hormontherapie, die andere Gruppe die Chemotherapie, gefolgt von der Antihormontherapie. Nach einer ausreichenden Nachbeobachtung zeigte sich in dieser Gruppe keinerlei Vorteil durch eine Chemotherapie. Dieses bezog sich sowohl auf das krankheitsfreie Überleben als auch auf das Fernmetastasen-freie Überleben. Somit hilft dieser Test, die Patientin zu identifizieren, bei der eine Chemotherapie vermieden werden kann. Einschränkend ist zu erwähnen, dass Patientinnen bis zum 50. Lebensjahr auch bei einem Risikowert zwischen 21 und 25 einen gewissen Vorteil durch die Chemotherapie haben. In diesen Fällen muss mit der Patientin noch mal die Chemotherapie mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen diskutiert werden.

Aber es bleibt festzuhalten, dass die Genexpressionstests in dieser Situation einen weiteren Vorteil bilden, bei der größten Gruppe von Brustkrebserkrankten die Therapie besser und individueller zu planen. Die positive Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Kostenübernahme sind daher zu begrüßen.

Prof. Dr. med. Michael Patrick Lux, Paderborn



Der Online-Wegweiser

bei metastasiertem Brustkrebs:

Informationen für Patienten und Angehörige.

www.hilfueermich.de



Gute Nachricht aus Brüssel: Stella Kyriakidis ist neue EU-Gesundheitskommissarin

Müssen Politiker/innen, wenn sie ein Amt übernehmen, auch Experten in dem jeweiligen Fachgebiet sein? Nein, dafür hat man sein Ministerium mit dem dort versammelten Wissen. Aber eine gewisse Erfahrung im Sachgebiet schadet nicht. Stella Kyriakidis aus Zypern, neue EU-Kommissarin für Gesundheit, war selbst an Brustkrebs erkrankt und lange Jahre Vorsitzende einer zyprischen Patientenorganisation. Eine Erinnerung



Es war im Jahr 2004, ich war bei „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ aktiv. Wir waren Teil der aufstrebenden Bewegung von Krebsaktivisten. Wir verstanden uns als mündige Patientinnen und Patienten, die neugierig auf Wissenschaft waren

und sich in den Selbsthilfegruppen nicht zuhause fühlten. Wir waren „Advocats“, und verlangten unerschrocken Akzeptanz von und Augenhöhe mit den Ärzten und Forschern. Jetzt, 16 Jahre später ist das weitestgehend selbstverständlich.

Ich wurde für mamazone Mitglied in einem internationalen Patientenforum. Einmal im Jahr trafen wir uns in Zürich, London, Rom und an anderen Orten. Wir waren ungefähr 14 Frauen - aus Schweden, Australien, Spanien, Frankreich, Großbritannien, USA, Zypern, Italien und Deutschland. Wir kamen aus „Advocacy Groups“ und teilten eine Erfahrung: Wir hatten alle Brustkrebs selbst erfahren.

Die Treffen waren intensiv und voll spannender Eindrücke. Interessant war vor allem der Erfahrungsaustausch. Was macht die jeweilige Gruppe in ihrem Land? Werden die „neuen“ mündigen Patientenvertreter angefeindet? Wer sind ihre Kritiker? Wie ist das Gesundheitssystem anderswo? Ich erinnere mich an den Schrecken, als ich von der jungen britischen Teilnehmerin (mit kleinem Kind) hörte, dass sie HER-2-neu-positiv war, aber keinen Zugang zu Trastuzumab (Herceptin) hatte. Dieser im Jahr 2000 von der EMA zugelassene Antikörper gegen diesen aggressiven Tumortyp war in Deutschland schon erhältlich. Weigerten sich die Krankenkassen, das Medikament zu bezahlen, rieten wir Mamazonen den Frauen zu Klagen vor dem Verwaltungsgericht. Sie haben immer Recht bekommen. Das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien war noch nicht so weit. Ob die junge Kollegin wohl noch lebt?

Die Kollegin vom australischen „Breast Cancer Network“ erzählte, wie sie Kylie Minogue nach deren Brustkrebserkrankung ein „Hilfepäckchen Brustkrebs“ ihres Netzwerks vor das Haus gelegt hat. Mit den Schwedinnen tauschte ich mich über die Notwendigkeit des Mammografie-Screenings aus. Die waren schon deutlich weiter.

Das Programm war anspruchsvoll und hilfreich für unsere Arbeit vor Ort. In London z. B. hatten wir ein Media-Training. Ein Journalist schulte uns Frauen im Umgang mit den Medien. An das hier

erinnere ich mich: „Journalisten sind, wenn sie über Krebs schreiben, besonders an der Sicht der Patienten interessiert“, so der Media-Trainer. Mit Ärzten und Forschern haben sie oft zu tun. Das sei eher langweilig. Aber was denken die Betroffenen? Wie geht es ihnen? Und was ist ihre Botschaft, wenn sie als Advocats an die Öffentlichkeit gehen. „Bitte“, sagte der Journalist: „Kommt uns nicht mit acht Botschaften. Wir Journalisten können uns so viel nicht merken. Vielleicht nur drei? Nein, am besten wäre nur EINE knackige Message.“

Und hier kommt meine Erinnerung an Stella Kyriakidis. Stella aus Zypern, kompetent und warmherzig, Kinderpsychologin und Vorsitzende der zyprischen Brustkrebsorganisation. Sie hat bei der uns gestellten Aufgabe nach meiner Ansicht am besten abgeschnitten: „Überlegt euch einen kurzen Auftritt vor der Presse und nennt eure Botschaft“ – so die Aufgabe des Trainers. Stella erzählte, wie ihre Mutter den eigenen Brustkrebs geheim gehalten hat. Dieses Thema war in Zypern tabu. Die Mutter ist daran gestorben. Als Stella selbst erkrankte, ist sie einen anderen Weg gegangen. Sie hat ihren Brustkrebs nicht versteckt. Deshalb war ihr Slogan für Zypern: „Breaking the Silence!“, Das Schweigen brechen! Das hat uns alle sehr beeindruckt. Jahre später hatte Stella ein Rezidiv (Auftreten des Tumors am selben Ort). Sie ist, wie sie heute sagt, mehrfach an Brustkrebs erkrankt.

Als die neue EU-Präsidentin Ursula von der Leyen am 1. Dezember 2019 ihre Kommissare und Kommissarinnen vorstellt, bekommt Stella Kyriakidis das Gesundheitsressort. Eine kluge Wahl. Nicht nur weil sie fast 30 Jahre im zyprischen Gesundheitsministerium gearbeitet hat, also im Fach zuhause ist – sie weiß aus eigener Erfahrung, was es heißt, von einer lebensbedrohlichen Krankheit betroffen zu sein. Sie kennt Krebs aus der Perspektive der Betroffenen. Und sie weiß: „Vier von zehn Krebserkrankungen sind vermeidbar.“ (WELT, 4.2.2020). Damit spricht sie - wie auch die deutsche Nationale Dekade gegen den Krebs – die nicht ausgeschöpften Möglichkeiten der Prävention und Früherkennung von Krebs an.

Als Ziel benennt die neue Kommissarin: „Unsere Strategie wird sicherstellen, dass Patienten so viel Unterstützung wie möglich erhalten, von der Diagnose bis zur Behandlung und Lang-fristpflege. Das betrifft auch die Lebensqualität für Krebsüberlebende.“ (WELT s. o.)

Im Februar 2020 stellte die EU-Kommissionspräsidentin die neue Anti-Krebs-Initiative der EU im Europäischen Parlament vor. Ursula von der Leyen hat ihre Mutter an Lungenkrebs verloren, ihren Bruder an einem Hirntumor. Und ihre jüngere Schwester Benita starb mit 11 an Lymphdrüsenkrebs. „Der Tod meiner Schwester hat mein Leben verändert“, so von der Leyen. (Nordwest-Zeitung online: 5.2.2020).

In den Nachrichten verfolge ich die Sitzung in Brüssel. Nach ihrer leidenschaftlichen Rede zum EU-Krebsprogramm geht Ursula von der Leyen zu Stella Kyriakidis. Die beiden Frauen umarmen sich. Und ich bin zu Tränen gerührt. Das Thema Krebs ist in Brüssel in besten Händen – auch wenn die neue Gesundheitskommissarin nun Corona ganz nach oben auf die Agenda setzen muss.

Ulla Ohlms, Stiftung PATH

Brustkrebs in Indien

Interview mit Dr. Manjiri Bakre, OncoStem

In diesem Jahr konnte PATH in einem spannenden Projekt mit der indischen Firma OncoStem zusammenarbeiten. OncoStem hat einen prognostischen Brustkrebstest für hormon-rezeptor-positiven Brustkrebs entwickelt (CanAssist Breast) und möchte diesen unter Verwendung von Proben aus der PATH Biobank für den europäischen Markt validieren.



Manjiri Bakre

Wir haben mit der Gründerin und Geschäftsführerin PHD (Dr.) Manjiri Bakre ein Interview zur Historie von OncoStem und der Brustkrebversorgung in Indien geführt. Frau Bakre arbeitet seit ca. 25 Jahren im Bereich der Zellbiologie mit verschiedenen Stationen in Asien und den USA. Die Firma OncoStem wurde 2011 in Bangalore (Indien) geründet.

PATH: Frau Dr. Bakre, wie kam es zur Gründung des Unternehmens OncoStem?

MB: Während meiner Doktorarbeit wurde bei einer Freundin von mir Brustkrebs diagnostiziert. Sie entdeckte den Krebs, als er sich in einem frühen Stadium befand, und unterzog sich bald darauf einer Operation. Nach einigen Jahren kehrte der Krebs an mehreren Stellen in ihrem Körper zurück. Ihr Krebs war aggressiv und trotz aller Behandlungsoptionen verloren wir sie innerhalb weniger Jahre nach der Diagnose. Da war mir klar, dass wir mehr über den Verlauf einer Krebserkrankung wissen müssen. Wir sollten die Aggressivität des Tumors kennen, auch wenn es sich um einen „kleinen“ Tumor handelt, damit die Therapie entsprechend geplant werden kann. Zu dieser Zeit gab es im Westen bereits Firmen, die Tests entwickelten, die das Wiederauftreten von Krebs und damit das Rückfallrisiko vorhersagen können. Diese Tests waren jedoch für indische Patientinnen unerreichbar – zum einen wegen der Kosten, zum anderen wegen der unterschiedlichen Biologie der Krankheit bei indischen Patientinnen. Da beschloss ich, einen neuen Test zu entwickeln, der bei der Therapieplanung helfen würde und für Patientinnen in den Entwicklungsländern auch erschwinglich sein sollte. Dies war die Geburtsstunde von OncoStem Diagnostics.

Es dauerte etwa sechs Jahre, um CanAssist Breast, einen prognostischen Test für hormonrezeptorpositiven Brustkrebs zu entwickeln und zu validieren.

Anfangs gab es in Indien nur wenig Interesse an solchen Tests. Wir haben daran gearbeitet, das Bewusstsein indischer Ärzte für den Brusttest CanAssist Breast zu schärfen, das Vertrauen in

unseren Test zu erhöhen. Wir wollten die Zahl der Verschreibungen des Tests steigern. Wir haben Patientenhilfsprogramme ins Leben gerufen, um sicherzustellen, dass Patientinnen nicht aus finanziellen Gründen der Zugang zum Test versperrt ist. Unser Test wird jetzt auch von den Krankenkassen in Indien erstattet, womit eine weitere Hürde für die Anwendung des Tests genommen wurde.

Jetzt wollen wir CanAssist Breast auf neue Märkte in Asien und Europa bringen, damit mehr Patientinnen Zugang zu diesem erschwinglichen und innovativen Test haben.

PATH: Können Sie uns etwas über die Inzidenz (die Häufigkeit) von Brustkrebs, die Überlebensraten in Indien und die Altersverteilung der erkrankten Frauen sagen?

MB: In Indien haben wir jedes Jahr etwa 160.000 neue Fälle von Brustkrebs. Die Inzidenz ist aufgrund verschiedener Faktoren wie Lebensstil, späte Mutterschaft und Fettleibigkeit in städtischen Gebieten sehr viel höher. Die Altersverteilung in Indien unterscheidet sich insofern vom Westen, als bei vielen jungen indischen Frauen Brustkrebs diagnostiziert wird. Das Durchschnittsalter bei der Erkennung von Brustkrebs liegt in Indien zwischen 45 und 48 Jahren, während im Westen das Durchschnittsalter zwischen 60 und 63 Jahren liegt.

Wir stellen auch fest, dass bei der Hälfte der Brustkrebspatientinnen in Indien die Erkrankung erst im Spätstadium (Stadium 3 oder 4) diagnostiziert wird, was sich leider auf die Überlebensrate auswirkt. Eine von zwei Frauen, die in Indien an Brustkrebs erkrankt sind, stirbt an der Krankheit, was die Sterblichkeitsrate auf sehr hohe 50 Prozent ansteigen lässt.

PATH: In Europa sind die meisten Tumore von BrustkrebspatientInnen hormonrezeptorpositiv. Können Sie uns einige Informationen über die Verteilung der Subtypen von Brustkrebs in Indien geben?

MB: In Indien haben etwa 60 Prozent der Brustkrebspatientinnen eine Hormonrezeptorpositive Erkrankung. Ein einzigartiger Aspekt von Brustkrebs, der in Indien beobachtet wird, ist der hohe Prozentsatz von triple-negativem Brustkrebs bei den Patientinnen. Der triple-negative Brustkrebs macht fast 30 Prozent der Brustkrebsfälle in Indien aus, verglichen mit vielleicht 10 bis 15 Prozent in der westlichen Welt.

PATH: In den westeuropäischen Ländern gibt es für alle Frauen einen hundertprozentigen Zugang zu Diagnose und Therapie. Haben indische Frauen einen guten Zugang zu Diagnose und Therapie? Welche Therapiemöglichkeiten gibt es? Wie sieht im Allgemeinen das Krankenversicherungssystem in Indien aus?

MB: Indien hat ein gemischtes Gesundheitssystem, das sowohl öffentliche als auch private Anbieter von Gesundheitsleistungen umfasst. Nur ein sehr kleiner Teil der Inder ist krankenversichert. Die indische Regierung hat verschiedene Initiativen ins Leben gerufen, um sicherzustellen, dass alle Patienten Zugang zur Ge-

sundheitsversorgung haben. Das neue PM-JAY-Programm, eine politische Initiative der indischen Regierung zur Gewährleistung einer Krankenversicherung, ist definitiv ein Schritt in die richtige Richtung.

Obwohl Indiens Krebsinzidenz nur halb so hoch ist wie im weltweiten Durchschnitt - und nur ein Drittel der westlichen Welt -, verursacht Krebs in der indischen Bevölkerung eine hohe Morbidität, Sterblichkeit und hohe Ausgaben. Es gibt nicht genügend Onkologen und Krebsversorgungseinrichtungen. Gegenwärtig haben wir etwa 3000 Krebspezialisten für eine Bevölkerung von 1,3 Milliarden Menschen.

70 Prozent der indischen Bevölkerung lebt in ländlichen Gebieten. Der größte Teil der privaten Gesundheitsinfrastruktur konzentriert sich jedoch auf die städtischen Gebiete Indiens, einschließlich der Spezialisten für die Krebsbehandlung und der Ausstattung mit Geräten für die Strahlentherapie. Das bedeutet, dass Krebspatienten aus ländlichen Gebieten viele Reisen und damit verbundene Kosten auf sich nehmen müssen, um eine qualitativ hochwertige Krebsversorgung zu erhalten.

Um Ihnen ein Beispiel zu nennen: Die meisten Brustkrebspatientinnen in Indien haben eine Mastektomie (Brustamputation), obwohl sich gezeigt hat, dass eine brusterhaltende Operation im Hinblick auf den Krankheitsverlauf nicht schlechter ist. Die Nichtverfügbarkeit und Unzugänglichkeit von Bestrahlungsgeräten und Radio-Onkologen, insbesondere in ländlichen Gebieten, ist ein Schlüsselfaktor, der diesen Trend antreibt.

Ein weiteres Beispiel ist der Zugang zu gezielten Behandlungen, die sehr kostspielig und für die meisten Inder unerreichbar sind. So kann sich zum Beispiel nur etwa jede dritte Frau mit HER2-neu-positivem Brustkrebs Herceptin® (Trastuzumab) leisten, ein Medikament, das die Überlebensraten dramatisch verbessern kann.

Die Regierung versucht, diese Ungerechtigkeit zu beseitigen, indem sie in allen Bundesstaaten regionale Krebszentren baut, um sicherzustellen, dass wir eine universelle Versorgung errei-

chen. Sie schafft auch Anreize für private Akteure, Krankenhäuser in ländlichen Gebieten zu errichten. Telekonsultation und Telemedizin spielen ebenfalls eine große Rolle bei der Schließung der Lücke beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

PATH: Welchen Stellenwert haben die Proben und Daten der PATH Biobank für Sie?

MB: Wir sind sehr froh, dass wir die Möglichkeit hatten, mit PATH zusammenzuarbeiten. Aufgrund des unorganisierten Charakters des Gesundheitssystems in Indien werden Patientendaten nicht immer einheitlich erfasst. Elektronische Gesundheitsakten sind in Indien auch nicht die Norm. Viele Patienten sind deshalb „für die Nachsorge verloren“, weil sie nach der Krebsbehandlung in ihre Heimatstädte zurückkehren. Dies macht es schwierig, Studien in Indien durchzuführen, insbesondere für krebsbezogene Forschung, die die Verfügbarkeit von Patientenanamnese und Patientenergebnissen voraussetzt. Durch PATH hatten wir Zugang zu Patientenproben mit sehr guten Daten zu Diagnose und Therapie der Patientinnen. Wir hoffen, dass diese Studie mit der Unterstützung von PATH die Validierung von CanAssist Breast in Europa fördert. Wir glauben, dass ein erschwinglicherer Test Brustkrebspatientinnen auf der ganzen Welt zugutekommen kann.

PATH: Was ist Ihr Wunsch für die Zukunft bzgl. der Brustkrebsversorgung in Indien?

MB: Angesichts der Tatsache, dass Brustkrebs gute Heilungsraten hat, wenn er früh behandelt wird, wünsche ich mir für die Zukunft eine stärkere Sensibilisierung für Brustkrebs, eine Entstigmatisierung des Brustkrebses vor allem in den ländlichen Gebieten Indiens, mehr Gesundheitsinfrastruktur für die Brustkrebsvorsorge und einen massiven Vorstoß zur Erhöhung der Zahl der Krebspezialisten.

Das Interview führte Dr. Stephanie Torkler, Wissenschaftliche Leiterin der Biobank PATH



Nach zwei Jahren Pause konnte ich endlich wieder diesen wichtigen Kongress live in San Antonio USA erleben. Schon seit Wochen wusste ich, dass wichtige Daten zum frühen und fortgeschrittenen Brustkrebs vorgestellt werden sollten. San Antonio ist leider nicht gleich um die Ecke, mit Umsteigen war ich fast zwanzig Stunden unterwegs. Aber erlebt man die neugierig aufgeregte Spannung in den riesigen Vortragssälen, dann ist alle Anstrengung der langen Flugreise schnell vergessen. Viele bekannte Gesichter tauchen auf, Kooperationspartner der Stiftung PATH, Chefärzte renommierter Brustkrebszentren. Man diskutiert und tauscht sich aus. Auch stand ein Treffen mit zwei bekannten Brustkrebsforschern auf meiner Agenda. Sie sind an den Tumorproben, die unsere PATH-Frauen gespendet haben, interessiert, um die Brustkrebsforschung weiter voranzutreiben. Hier nun die wichtigsten Ergebnisse, die auch auf unserer Webseite veröffentlicht sind.

Brustkrebs verhindern – Hormonersatztherapie ja oder nein?

Rowan Chlebowski präsentierte die Ergebnisse aus den Studien der Women's Health Initiative und konnte zeigen, dass Frauen in den Wechseljahren ohne Gebärmutter und ohne Brustkrebserkrankung von einer sogenannten Conjugated Equine Estrogene (Östrogenbehandlung) profitieren und sogar ein geringeres Brustkrebsrisiko haben. Diesem Ergebnis kann entnommen werden, dass die Hormontherapie in den Wechseljahren bei Frauen mit Gebärmutter weiterhin vorsichtig und unter Berücksichtigung von Nutzen und Risiko eingesetzt werden sollte.

Verbesserung des Überlebens bei Brustkrebs

Die kontinuierliche Optimierung von Operation, Bestrahlung und zielgerichteter Therapie hat einen deutlichen Einfluss auf ein verbessertes Überleben bei Brustkrebs. Die Oxford-Daten von achtzigtausend Brustkrebspatientinnen konnten zeigen, dass sich das Risiko einer Fernmetastasierung bei einem hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom ohne Lymphknotenbefall von 19 auf 14 Prozent reduziert hat.

Das hormonrezeptorpositive postmenopausale Mammakarzinom: Neue 10-Jahres-Daten

Eine erweiterte adjuvante Hormontherapie über 5 Jahre hinaus zeigt eine weitere Verbesserung um 4 Prozent im krankheitsfreien Überleben (DFS) vor allem bei Patientinnen mit Lymphknotenbefall (nodal positiv) und 5 Jahren Tamoxifen-Behandlung.

Das triple-negative Mammakarzinom (TNBC): Die GeparX-Studie (Gepar10)

Negative Studienergebnisse können auch ein positives Ergebnis haben. In diese Studie wurden Patientinnen mit triple-negativem Brustkrebs eingeschlossen. Es sollte überprüft werden, ob durch die Zugabe von Denosumab, einem Antikörper, der bei Osteoporose und Knochenmetastasen eingesetzt wird, zur Chemotherapie eine verbesserte pathologische Komplettremission erreicht werden kann. Das Ergebnis war negativ, d. h. also, dass die Patientinnen in diesem Studienarm keinen Vorteil gegenüber den Patientinnen hatten, die nur mit einer Chemotherapie (EC plus Nab-Paclitaxel plus Platin) behandelt worden waren.

Jedoch konnte gezeigt werden, dass eine durchgehende Behandlung über 12 Wochen ohne Pause der Behandlung mit einer Pause nach zwei Gaben überlegen ist und einen Überlebensvorteil zeigt. Leider muss diese Therapie mit einer leicht erhöhten Polyneuropathie akzeptiert werden, die jedoch durch Kühlung der Hände und Füße während der Chemotherapie gemildert werden kann.

Die Keynote-522-Studie

Untersucht wurde eine neoadjuvante Behandlung des frühen triple-

negativen Mammakarzinoms mit einer Immuntherapie und einer Chemotherapie. Es konnte gezeigt werden, dass die mit Chemotherapie und Pembrolizumab behandelten Patientinnen ein besseres Ansprechen auf die Therapie hatten. Tumoren, die PD-L1-überexprimiert waren, hatten einen deutlich höheren Vorteil nicht nur unter dem Immuncheckpoint-Inhibitor, sondern auch unter der neoadjuvanten Chemotherapie.

Die ersten Ergebnisse zur Immuntherapie bei Brustkrebs weisen darauf hin, dass diese Therapie kommen wird, sie sollte zurzeit aber nur unter Studienbedingungen eingesetzt werden. Auch muss berücksichtigt werden, dass Langzeitdaten hinsichtlich Toxizität fehlen.

Das HER2-neu-positive Mammakarzinom: Die Aphinity-Studie

Haben Patientinnen, die mit Trastuzumab plus Pertuzumab und Chemotherapie behandelt werden, einen Vorteil gegenüber den Patientinnen mit einer Standardtherapie (Trastuzumab und Chemotherapie)? Das kann mit Ja beantwortet werden. Nach 45,5 Monaten zeigte sich beim invasiven krankheitsfreien Überleben (iDFS) ein relativ kleiner, wenn auch statistisch signifikanter Vorteil zugunsten von Pertuzumab. Von dem zusätzlichen Antikörper Pertuzumab profitieren vor allem Patientinnen mit befallenen Lymphknoten und hormonrezeptornegative Patientinnen.

Das metastasierte hormonrezeptorpositive HER2-negative Mammakarzinom: Die PEARL-Studie

Die endokrine Behandlung von postmenopausalen Patientinnen mit dem CDK4/6-Inhibitor Palbociclib und dem Aromatasehemmer Exemestan ist der Mono-Chemotherapie mit Capecitabin nicht unterlegen. Anders als bei der Young-Pearl-Studie mit prämenopausalen Patientinnen gab es zwar keinen Vorteil hinsichtlich des progressionsfreien Überlebens jedoch einen deutlichen Vorteil durch geringere Toxizität. Die Therapieabbrüche unter der Kombinationstherapie Palbociclib und Exemestan waren geringer, da weniger Nebenwirkungen, wie z. B. das belastende Hand-Fuß-Syndrom, auftraten.

Metastasierter HER2-neu-positiver Brustkrebs: Die HER-2CLIMB-Studie

Mit Trastuzumab, Pertuzumab und T-DM 1 vorbehandelte Patientinnen profitieren vom neuen Tyro-sinkinasehemmer Tucatinib. Diese Studiendaten konnten zeigen, dass bei Patientinnen, die zum Teil auch Hirnmetastasen entwickelt hatten, eine weitere Behandlung nach dem Fortschreiten möglich ist. Mit der Kombination aus Tucatinib, Trastuzumab und Capecitabin konnte nicht nur das progressionsfreie Überleben verbessert werden, sondern auch das Gesamtüberleben. In der Gruppe mit der Dreifachtherapie waren mehr Nebenwirkungen mit Grad 3 oder höher zu beobachten, trotzdem war die Abbruchrate niedrig.

Blick in die Zukunft: Die Destiny-Studie

Eine einarmige globale pivotale Phase-II-Studie (DESTINY-Breast01), die Trastuzumab-Deruxtecan (DS-8201) bei Patientinnen mit HER2-neu-positivem, metastasiertem Mammakarzinom untersuchte. Die Tumorsprechrates lag bei beeindruckenden 60,9 Prozent, das progressionsfreie Überleben bei 16,4 Monaten. Die behandlungs-assoziierten unerwünschten Ereignisse waren überwiegend vom Schweregrad 1 oder 2. Jedoch kam es bei 13,6 Prozent der stark vorbehandelten Patientinnen zu einer bestätigten interstitiellen Lungenerkrankung (ILD), an der vier Patientinnen verstarben. Drei Phase-3-Studien, an der auch deutsche Studienzentren teilnehmen werden, sind in Planung.

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PATH

Brustkrebs

Schleifen Sie nicht länger Ungewissheit mit sich herum



1 von 20 Patientinnen mit Brustkrebs hat eine Mutation in den *BRCA*-Genen.¹⁻³ Der Nachweis einer *BRCA*-Genmutation liefert wichtige Erkenntnisse: zum einen für die weitere Therapieplanung, zum anderen für die Mutationsvererbung und ein damit erhöhtes Erkrankungsrisiko in der Familie.^{4,5}

Sprechen Sie mit Ihrem Frauenarzt oder Onkologen über den *BRCA*-Test, wenn Sie an Brustkrebs erkrankt sind.

1. Abugattas J et al. Clin Genet 2015; 88(4): 371–375. 2. Winter C et al. Ann Oncol 2016; 27(8): 1532–1538. 3. Hernandez JE et al. Hered Cancer Clin Pract 2014; 12(1): 11. 4. Leitlinienprogramm Onkologie. Patientinnenleitlinie „Metastasierter Brustkrebs“. Stand: Dezember 2018. Erhältlich unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Patientenleitlinie_Brustkrebs_metastasiert.pdf. Letzter Zugriff: 27.04.2020. 5. BRCA-Netzwerk e.V. Erhältlich unter: www.brca-netzwerk.de/familiaere-krebserkrankungen/brustkrebs/. Letzter Zugriff: 27.04.2020.

In meinem Körper stimmt was nicht!

Der Verdacht oder das komische Gefühl im Bauch.

Nach einer schwierigen Wirbelsäulenoperation erholte ich mich trotz Reha-Aufenthalt und Physiotherapie nicht. Ich nahm innerhalb von wenigen Monaten dramatisch ab, hatte keinen Appetit und fühlte mich oft „atemlos“. Obwohl ich in ärztlicher Behandlung war, konnten die behandelnden Ärzte nichts feststellen. Alle vermuteten, dass es noch die Nachwirkungen der Operation und der starken Schmerzmittel waren.



Deshalb entschied ich mich, wegen meiner Atemlosigkeit und körperlichen Schwäche bei einem Lungenfacharzt Rat zu holen. Nach einer Ultraschalluntersuchung überwies mich der Arzt in die Thoraxabteilung der örtlichen Klinik. Der Facharzt meinte gleich bei der Begrüßung, dass er mich eigentlich gar nicht mehr untersuchen müsse, da er an meinem Atmen schon hörte, dass es mir nicht gut ginge. Ich wurde in der Klinik aufgenommen, wo nach mehreren radiologischen Untersuchungen und einer kleinen Operation festgestellt wurde, dass sich bösartige Zellen in der Lunge abgesiedelt hatten. Sie hatten das gleiche Profil wie mein Brustkrebstumor, der vor über zwanzig Jahren diagnostiziert worden war.

Nun hatte ich also Gewissheit und musste mit der Diagnose metastasierter Brustkrebs fertigwerden. Als informierte Patientin wusste ich, dass dieser Krebs nicht heilbar, aber sehr gut behandelbar ist. Wichtig für mich war jetzt die Therapieeinleitung durch einen erfahrenen Brustkrebsexperten. Meine Wahl fiel auf Prof. Wolfgang Janni, Direktor der Frauenklinik in Ulm. Mit ihm habe ich schon zahlreiche Projekte in Sachen Arzt-Patienten-Kommunikation durchgeführt. Auch war Ulm nicht zu weit weg von meinem Wohnort am Bodensee. Nachdem ich mich während eines Klinikaufenthalts in Ulm etwas erholt hatte und auch wieder etwas essen konnte, begann die Behandlung mit einem sogenannten CDK4/6-Inhibitor in Kombination mit einem Aromatasehemmer. Wichtig für die weiterführende onkologische Nachsorge bei mir zu Hause sind nun die regelmäßige Kontrolle des Blutes, vor allem der weißen Blutkörperchen, und die bildgebende Diagnostik durch CT (Computertomografie).

Manche der beschriebenen Nebenwirkungen blieben nicht aus, die Haare wurden dünner, die Gelenke schmerzten. Große Sorgen machte mir jedoch der phasenweise starke Abfall der wei-

ßen Blutkörperchen, die Anzahl der absoluten Neutrophile lag teilweise mit 520 viel zu niedrig. Und ich war nicht allein. Diese Neutropenie beunruhigt auch andere Patientinnen, wie ich aus Netzwerken erfuhr. Da es aber nicht alle Patientinnen betrifft und manche nur wenige Nebenwirkungen erleben, ist es für die behandelnden Ärzte manchmal schwer, die richtige Dosis und Therapiedauer für die betroffenen Frauen zu finden.

Deshalb habe ich Prof. Dr. med. Wolfgang Janni um ein kurzes Interview gebeten, um einige dieser Nebenwirkungen bei der Behandlung mit einem CDK4/6-Hemmer wie Palbociclib/Ibrance®, Ribociclib/Kisquali®, Abemaciclib/Verzenio® in Kombination mit Letrozol, A-nastrozol, Exemestan oder Fulvestrant zu besprechen. Prof. Janni ist Direktor der Frauenklinik im Universitätsklinikum Ulm.

Doris C. Schmitt

Herr Prof. Janni, Im Beipackzettel der jeweiligen hormonellen Therapie werden ja viele Nebenwirkungen beschrieben. Auf welche muss besonders geachtet werden?

Prof. W. Janni

Die Nebenwirkungen der sogenannten antihormonellen Kombinationstherapie setzen sich aus den Nebenwirkungen der antihormonellen Basismedikation (z. B. dem Aromataseinhibitor) und den Nebenwirkungen des CDK4/6-Hemmers zusammen. Typische Nebenwirkungen der Aromataseinhibitoren umfassen Glieder-, Muskel- und Gelenkschmerzen. Die CDK4/6 Hemmer haben ganz eigene, spezifische Nebenwirkungen.

Doris C. Schmitt

Als kritische Nebenwirkung bei der Behandlung mit einem CDK4/6-Hemmer wird die Neutropenie beschrieben. Deshalb sollen regelmäßig Blutuntersuchungen durchgeführt werden. Wie regelmäßig sollen diese sein, und wann kann man wirklich von einer akuten Neutropenie sprechen?

Prof. W. Janni

Die Absenkung der weißen Blutkörperchen, also der Leukozyten und hier besonders die der neutrophilen Granulozyten, die für die Immunabwehr besonders wichtig sind (Neutropenie), ist eine typische Nebenwirkung aller CDK4/6-Hemmer. Bei zwei CDK4/6-Hemmern (Ribociclib, Palbociclib) ist diese etwas ausgeprägter als bei Abemaciclib. Andererseits treten bei Abemaciclib häufiger Durchfallerscheinungen auf. Die Blutuntersuchung bezüglich der weißen Blutkörperchen sollte am Anfang 14-tägig erfolgen. Wenn man nach einer Weile besser einschätzen kann, wie das Knochenmark der Patientin reagiert, kann man die Intervalle deutlich vergrößern. Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt wird die Intervalle in Abhängigkeit vom Verlauf individuell festlegen.

Doris C. Schmitt

Müssen denn immer bei sehr niedrigen Werten der weißen Blutkörperchen notwendige Schritte eingeleitet werden, wie etwa längere Therapiepause oder Dosisreduktion?

Prof. W. Janni

Auch bei niedrigen Werten ist nicht immer eine Umstellung der Behandlung notwendig. Werte bis 1.000 neutrophile Granulozyten gelten unter der Behandlung als normal und bedürfen keiner Anpassung. Bei Werten darunter kann ggf. eine Therapiepause sinnvoll und notwendig sein. Wenn die Werte wiederholt oder ganz besonders deutlich abfallen, kann auch eine Reduktion der Dosis notwendig werden. Insgesamt ist das Auftreten von Infektionen und Fieberzuständen allerdings sehr selten.

Doris C. Schmitt

Ich habe festgestellt, dass mir Bewegung bei Gelenkschmerzen und Erschöpfung oft hilft. Es kostet Überwindung, aber hinterher fühle ich mich besser. Ist das denn richtig? Kann ich auch zu viel tun und mir damit schaden?

Prof. W. Janni

Wir wissen inzwischen, dass körperliche Aktivität förderlich für die Behandlung der Krebserkrankung ist und häufig auch die Nebenwirkungen der Behandlung verringert. Die Art der körperlichen Aktivität ist dabei unwichtig. Sie sollten der Aktivität nachgehen, die Ihnen am meisten Freude macht, egal ob dies Spaziergehen, Schwimmen oder eine andere Form von Bewegung ist. Wenn man hierbei etwas auf den eigenen Körper hört, kann man ihm nicht wirklich schaden. Häufig hilft es, sich kleine Ziele zu setzen, wie ein Ausflugsziel oder auch der Spaziergang mit einem Hund.

Doris C. Schmitt

Sie begleiten viele Patientinnen mit metastasiertem Brustkrebs. Welchen Tipp geben Sie den betroffenen Frauen, wie sie mögliche Nebenwirkungen besser bewältigen können?

Prof. W. Janni

Am wichtigsten ist es, die empfundenen Nebenwirkungen offen mit der betreuenden Ärztin oder dem betreuenden Arzt zu besprechen. Häufig lassen sich die Nebenwirkungen durch Anpassungen oder durch eine sinnvolle Begleitmedikation deutlich verringern oder es kann die Umstellung auf eine andere Therapieform in Erwägung gezogen werden. Gerade in der metastasierten Situation sollte sich keine Patientin durch eine begonnene Therapie „plagen“. Wir haben inzwischen ein großes Portfolio an verschiedenen Therapieformen, sodass es meist nur eine Frage der Geduld ist, die richtige, individuell gut verträgliche Therapie zu finden.

Doris C. Schmitt

Vielen Dank, lieber Prof. Janni, dass Sie trotz Ihrer knappen Zeit für dieses Interview zur Verfügung gestanden haben.

Doris C. Schmitt, Vorstand Stiftung PTH

Wer bestimmt die Krebstherapie?

Derzeit sind wir über ein neues Instrument besorgt, mit dem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seine Beschlüsse in die Arztpraxen geben kann. In diesem Gremium sitzen Juristen, Krankenkassen und andere Vertreter. Patienten haben kein Stimmrecht. Jedes neue Medikament wird in Deutschland nach seiner Genehmigung durch die europäische Zulassungsbehörde EMA vom G-BA auf seinen Zusatznutzen geprüft. Die Krebsmedikamente der personalisierten Medizin sind teuer. Die Preisfindung von Arzneimitteln durchläuft deshalb das AMNOG-Verfahren (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz). Geprüft wird, ob das neue Medikament einen zusätzlichen „Patientennutzen“ gegenüber dem alten Mittel hat. Am Ende steht ein erkannter Zusatznutzen oder die Ablehnung eines solchen Nutzens, der im final vereinbarten Preis berücksichtigt wird.

Zugelassene Arzneimittel können in Deutschland prinzipiell verordnet werden, wenn das Wirtschaftlichkeitsgebot berücksichtigt und ein höherer medizinischer Nutzen für die Patienten erwartet wird. Das AMNOG ist ein Instrument der Kostenkontrolle. Das wird von uns Patientenvertretern durchaus akzeptiert. Die Preise sollen nicht durch die Decke gehen, damit unser gutes Gesundheitssystem weiter finanzierbar bleibt. Allerdings kommt es bei manchen AMNOG-Entscheidungen zu Schiefen. Die medizinischen Fachleute sehen Entscheidungen zu neuen Medikamenten manchmal ganz anders, sie sehen sehr wohl einen Zusatznutzen für ihre Patientinnen und Patienten. Die Gynäkologen und Onkologen sind auf internationalen Brustkrebskongressen, sie sehen und diskutieren die Studienergebnisse mit Kollegen. Und sie sehen ihre Patientinnen in der onkologischen Praxis. Mit ihrem Wissen und ihrer Er-

fahrung legen die Fachgesellschaften Leitlinien zur Behandlung von Krebs fest. Unsere Fachgesellschaft ist die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO). Auch die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) formuliert entsprechende ärztliche Leitlinien. Mit dem AIS (Arztinformationssystem) werden die deutschen Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Praxis unterstützt. Mit der Erweiterung durch die Elektronische Arzneimittelinformationen-Verordnung (EAMIV) vom August 2019 sollen nun Ärztinnen und Ärzte aktiv in ihrem Verordnungsvorgang auf Beschlüsse des G-BA hingewiesen werden. Wir glauben, dass mit dem AIS das ärztliche Verordnungsverhalten zusätzlich beeinflusst werden könnte – auch wenn dies im Widerspruch zu den Bewertungen der Fachgesellschaften steht.

Wir wünschen uns, dass in der ärztlichen Praxis die AMNOG-Urteile gleichberechtigt mit den Leitlinien der Fachgesellschaften ankommen – gerade, wenn sie sich unterscheiden. Die Patientin soll selbst entscheiden können, ob sie nach Leitlinie behandelt wird oder nach AMNOG. Sie muss ihren Arzt fragen können: „Was sagen die medizinischen Fachleute zu dem neuen Medikament?“ „Welches Medikament für meinen Krankheitszustand wird in der Leitlinie der Fachgesellschaften empfohlen?“ Und auch: „Was würden Sie Ihrer Frau geben?“

Doris C. Schmitt, PATH; Eva Schumacher-Wulf, MammaMia; Ulla Ohlms, PATH



Wenn die Krankheit fortschreitet. Wie durch Testen zielgerichteter behandelt wird.

Interview mit Prof. Dr. med. Michael Patrick Lux,
St. Vincenz-Krankenhaus Paderborn

Lange Forschungsarbeit war notwendig, bis festgestellt werden konnte, dass jeder Mensch aus 30 Billionen Zellen besteht und in jeder Zelle das menschliche Genom vorhanden ist. Jeder menschliche Organismus trägt 30.000 Gene. Kann da immer alles geordnet vor sich gehen? Nein, es kommt zu sogenannten Mutationen, Genveränderungen, die spontan während eines Lebens entstehen oder aber vererbt werden können.



Michael Patrick Lux

Heute ist Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs und Lungenkrebs nicht gleich Lungenkrebs. Durch Testen kann festgestellt werden, welcher Patient bzw. welcher Mutationsträger wie behandelt werden muss. Auch wenn Menschen noch nicht erkrankt sind, kann es von Vorteil sein, über eine mögliche Genveränderung informiert zu sein. Ein berühmtes Beispiel ist Angelina Jolie, die durch ihr mutiges „Outing“ darüber informierte, dass bei einer bestimmten Mutation (BRCA1/BRCA2) das Risiko hoch ist, an Brustkrebs zu erkranken. Testen bedeutet also nicht nur zielgerichteter zu behandeln, sondern auch vorbeugend zu behandeln.

Doris C. Schmitt:

Herr Prof. Lux, Sie sind Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am St. Vincenz-Krankenhaus, das mit den Standorten St. Louise in Paderborn und St. Josefs in Salzkotten ein großes zertifiziertes Brustkrebszentrum ist – und Sie sind ausgewiesener Brustkrebsexperte. Sie begleiten nationale und internationale Studien zum Mammakarzinom und sind Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie. Die AGO entwickelt jedes Jahr die aktuellen Empfehlungen zur Therapie der Patientin mit einem Mammakarzinom. Und Sie arbeiten an der S3-Leitlinie Mammakarzinom im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Senologie mit.

Gerne würde ich Ihre Expertise in Anspruch nehmen und nach den Möglichkeiten der genetischen Testung bei Patientinnen mit Brustkrebs fragen. Jedes Jahr erkranken ungefähr 70.000

Vor allem, wenn wir erkranken, ist es wichtig, mögliche Mutationen zu kennen, zum Beispiel bei einer Krebserkrankung. Früher hat man die meisten bösartigen Tumoren mit einer einzigen Therapie behandelt, man nannte das später das Gießkannenprinzip.

Klinische Forschung identifizierte dann Subgruppen, die durch spezielle Testung gezielter behandelt werden konnten.

Frauen an Brustkrebs. Bei über 90 Prozent der Diagnosen handelt es sich um einen frühen Brustkrebs, der sehr gut behandelbar und meist auch heilbar ist. Was aber müssen Patientinnen mit einer metastasierten Erkrankung wissen, um mit ihren Ärztinnen und Ärzten über einen möglichen Test zu sprechen?

Prof. Michael Lux:

In der metastasierten Situation wird es noch komplexer, weil noch mehr prädiktive Faktoren und unterschiedliche Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Somit ist auch klar, dass am Anfang die interdisziplinäre Tumorkonferenz und die ganzheitliche Therapieplanung im Vordergrund stehen müssen. In der Regel erfolgt eine Biopsie der Metastase, um einerseits die Metastasierung von Brustkrebs nachzuweisen und andererseits noch mal die Hormonrezeptoren und den Her2-Rezeptor zu bestimmen. Dieser kann sich durchaus auch mal gegenüber der Ersterkrankung geändert haben. Ist der Tumor Her2-neu-positiv, erfolgt in der Regel die Kombination einer Chemotherapie mit einer Antikörpertherapie gegen den Her2-Rezeptor. Wenn der Her2-Rezeptor negativ ist und die Hormonrezeptoren positiv sind, erfolgt die endokrine bzw. endokrinbasierte Therapie mit einem sog. Aromatasehemmer oder Fulvestrant, in der Regel in Kombination mit einem CDK-4/6-Inhibitor.

Sind sowohl Hormonrezeptoren als auch Her2-Rezeptor negativ, wird eine Chemotherapie durchgeführt. Welcher genetische Test wäre denn dafür hilfreich? Auch hier ist die BRCA1- und -2-Testung wichtig. Es geht dabei nicht darum, primär zu schauen, ob eine vererbte Brustkrebserkrankung vorliegt, sondern um die Indikation zu einer sog. PARP-Inhibitor-Therapie zu überprüfen. Wenn eine BRCA1- oder -2-Mutation vorliegt, ist eine Therapie mit einem PARP-Inhibitor, z. B. anstatt einer Chemotherapie, möglich. Dieses wurde im Rahmen mehrerer Studien überprüft, wobei jeweils die Therapie mit dem sog. PARP-Inhibitor mit einer Chemotherapie verglichen worden ist, wenn die Patientin eine BRCA1- oder -2-Mutation hatte. Die Studien zeigten, dass das progressionsfreie Überleben verlängert werden kann. Außerdem ist die Verträglichkeit im Vergleich zu einer Chemotherapie deutlich besser. So ist die genetische Testung bei allen Patientinnen mit einem Her2-neu-negativen Tumor sinnvoll, um genau das zu überprüfen.

Doris C. Schmitt:

Gibt es nach Ihrer Erfahrung bestimmte Gruppen von Brustkrebspatientinnen, bei denen eher nicht getestet wird? Welche Konsequenz kann das auf ihr Überleben haben?

Prof. Michael Lux:

In Bezug auf die BRCA1 bzw. BRCA2-Testung in der metastasierten Situation wissen wir, dass ungefähr 10 Prozent aller triple-negativen Brustkrebsfälle und ca. 5 Prozent aller hormonrezeptorpositiven Brustkrebsfälle eine BRCA1- oder -2-Mutation aufweisen. Somit kann jede 10. bzw. 20. Patientin von einer PARP-Inhibitor-Therapie profitieren. Aktuell wissen wir natürlich nicht, welche Konsequenz es auf das Überleben haben kann,

wenn ich nicht teste und somit diese Therapie nicht durchführe. Es ist ersichtlich, dass ich dann eine weitere wirksame und gut verträgliche Therapie nicht durchführen kann, weil ich nicht darauf getestet habe. Damit würde der Patientin eine wirksame Therapie vorenthalten. Dementsprechend sind die Identifikation und die Durchführung der Testung essentiell. Hier haben wir bereits unterschiedliche Studien durchgeführt, um zu schauen, wie die Testung generell in Deutschland als auch weltweit erfolgt.

In einer Studie haben wir zunächst in den Jahren 2015 und 2017 nachgeschaut, wie in Europa in der metastasierten Situation getestet wird. Wir konnten sehen, dass in diesen zwei Jahren lediglich 22 Prozent der Patientinnen mit einem Her2-negativen Tumor auf eine BRCA1-bzw. -2-Mutation getestet wurden. Auch haben wir festgestellt, dass Patientinnen ohne Testung häufiger älter, hormonrezeptorpositiv und häufiger ohne familiäre Brust- oder Eierstockkrebsbelastung waren. Allerdings war Deutschland im europäischen Vergleich gar nicht so schlecht. In Deutschland lag die Testungsrate bei 30 Prozent. In England waren es nur 14 Prozent. Aber auch 30 Prozent sind deutlich zu wenig. Es bleibt auch festzuhalten, dass in diesen Jahren die PARP-Inhibitor-Therapie noch nicht zugelassen war. Diese ist bei Brustkrebs erst 2019 (Olaparib) bzw. 2020 (Talazoparib) erfolgt. Dementsprechend macht es auch Sinn zu schauen, ob sich bei den Testungsraten in der Zeit etwas geändert hat bzw. ob sie nach Zulassung zugenommen haben.

Wir haben eine weitere Studie durchgeführt, wo wir die Testungsraten anhand von 2.624 Patientinnen aus vier europäischen Ländern, den USA und Israel verglichen haben. In Israel erfolgte eine genetische Testung auf eine BRCA1- und -2-Mutation in der metastasierten Situation sehr häufig. 97 Prozent der Patientinnen wurden auf diese Mutation getestet, wenn sie Her2-negativ waren. In den USA lag die Rate bei 45 Prozent. In den vier europäischen Ländern waren es allerdings nur 26 Prozent. Somit besteht hier weiterhin ein hoher Bedarf, besser zu wer-



den. In einer weiteren Studie wollten wir wissen, was genau in Deutschland passiert. Hier haben wir 50 niedergelassene Onkologinnen und Onkologen befragt, wie sie genetische Testung

durchführen und ob die entsprechenden Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse konnten wir dieses Jahr auf dem virtuellen europäischen Brustkrebskongress vorstellen. Es zeigte sich, dass 86 Prozent der onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in der klinischen Routine bereits testen. Die meisten testeten bei Vorliegen einer familiären Karzinombelastung, unabhängig vom Rezeptorstatus. Ohne familiäre Belastung testeten 92 Prozent Patientinnen mit einem triple-negativen Mammakarzinom, allerdings nur 30 Prozent mit einer fortgeschrittenen hormonrezeptor-positiven Erkrankung.

Auf der anderen Seite zeigte sich, dass die Ärztinnen und Ärzte sehr zufrieden mit dem Zugang zur genetischen Testung waren und 26 Prozent der onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte beurteilten die sog. Awareness (Bewusstsein, Sensibilisierung) der therapeutischen Relevanz der BRCA-Keimbahn-Testung als gut bis zu zufriedenstellend. Somit sind grundsätzlich die Ressourcen verfügbar. Aber es besteht noch ein hoher Optimierungsbedarf insbesondere für Patientinnen mit einem hormonrezeptor-positiven Mammakarzinom ohne familiäre Belastung. Wenn die endokrinbasierte Therapie versagt, wäre es wichtig zu wissen, ob eine BRCA1- oder -2-Mutation vorliegt, um der Patientin dann die Therapie mit einem PARP-Inhibitor anstatt einer Chemotherapie anbieten zu können.

Doris C. Schmitt: Wo können diese Testungen durchgeführt werden und was kosten sie?

Prof. Michael Lux:

Auch dies ist eine relevante Frage. Es ist noch nicht allen Ärztinnen und Ärzten bewusst, aber in der metastasierten Situation dürfen bei Her2-negativen Patientinnen und entsprechender Indikation für eine PARP-Inhibitor-Therapie alle Ärztinnen und Ärzte mit einer Approbation testen. D.h., es muss kein Humangenetiker sein. Es geht ja nicht darum nachzuweisen, ob eine vererbte Komponente von Brustkrebs vorliegt, sondern um zu schauen, ob eine gezielte Therapie mit einem PARP-Inhibitor möglich ist. Dieses wird selbstverständlich von den Krankenkassen bezahlt. Dementsprechend muss sich die Patientin auch keine Sorgen um die Kosten machen. Wie oben dargestellt, ist das einzige Problem die sog. Awareness, d.h., die Verantwortlichen müssen daran denken. Hier müssen wir alle noch besser zusammenarbeiten, um die Versorgung in Deutschland zu optimieren.

Doris C. Schmitt:

Sind denn in der metastasierten Situation noch weitere genetische Testungen möglich oder sinnvoll?

Prof. Michael Lux:

Ja, es gibt auch noch weitere genetische Testungen, die individuell in Betracht gezogen werden müssen. Hierzu gehört z. B. die PIK3CA-Testung, um zu schauen, ob eine Patientin von der Kombination von Hormontherapie und dem PI3K-Inhibitor Alpelisib profitiert. Das Alpelisib wird in Kürze in Deutschland verfü-

verfügbar sein und zeigt in Studien sehr vielversprechende Daten. Sollte in der metastasierten Situation erwogen werden, nur eine Hormontherapie mit einem Aromatasehemmer durchzuführen, so kann eine sog. ESR1-Mutationsanalyse durchgeführt werden. Diese Mutation zeigt eine Resistenz auf einen Aromatasehemmer, welcher in 40 bis 50 Prozent der Patientinnen nachgewiesen werden kann, die zuvor, z. B. in der ad-juvanten Situation bereits einen Aromatasehemmer erhalten haben.

Die weitere Frage ist, ob auch eine Whole-Genome-Testung durchgeführt werden soll. Das bedeutet, dass man den gesamten Tumor auf alle möglichen genetischen Veränderungen testet, um vielleicht Therapieoptionen zu ermöglichen, die nicht für Brustkrebs, aber für andere Krebsarten Wirksamkeit zeigen. Man schaut nicht mehr, welcher genaue Tumor vorliegt, sondern welche Mutation vorliegt, und versucht folgend nach Kostenübernahmeantrag auch andere Therapien einzuleiten, die bei bestimmten Mutationen vielversprechend sein können. Die Frage ist, ob Patientinnen generell einen Whole-Genome-Scan erhalten sollten oder nur in Einzelfällen. Aus meiner Sicht stehen für alle Arten von metastasiertem Brustkrebs, d. h. triple-negativer Brustkrebs, Her2-positiver Brustkrebs und hormonrezeptorpositiver Brustkrebs, wirksame und sehr gut etablierte Therapien für

die ersten Therapielinien zur Verfügung. Dementsprechend denke ich, dass man zumindest derzeit nicht alle Patientinnen direkt in der metastasierten Situation einem Whole-Genome-Scan zuführen muss. Aus meiner Sicht ist es eher etwas für die hinteren Therapielinien, wenn die gut etablierten und wirksamen Substanzen ausgehen und man sich die Frage stellt, was noch helfen könnte.

Allerdings wird sich das in den nächsten Jahren deutlich ändern. Es kann schon sein, dass in wenigen Jahren direkt bei Diagnosestellung bei allen Patientinnen eine komplette genetische Analyse des Tumors erfolgt und für jede Patientin von Anfang an ein Therapieplan, basierend auf den genetischen Veränderungen, erstellt wird. Dieses ist aber noch Zukunftsmusik und wird im Moment nur in klinischen Studien untersucht. Aber wenn es an dem jeweiligen behandelnden Zentrum bzw. der Praxis bzw. in der Region eine entsprechende Studie gibt, so ist die Teilnahme an der Studie immer zu begrüßen.

Doris C. Schmitt:

Vielen Dank, lieber Herr Prof. Lux, für diese so wichtigen Informationen für unsere Brustkrebspatientinnen und ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte.



Können Viren Krebs auslösen?

Krebs ist nicht ansteckend. Das haben wir immer gedacht. Krebs passiert, wenn sich Fehler bei der fortwährenden Zellteilung einschleichen. Krebs ist deshalb vor allem eine Alterserkrankung. Aber schon mit der Entdeckung des HPV Virus als Auslöser von Gebärmutterhalskrebs ist diese feste Meinung ins Wanken geraten. Gibt es vielleicht weitere Viren, die Krebs befördern? Hier neue Informationen aus der Suche.

Die World Health Organization (WHO) schätzt, dass weltweit 15,4 Prozent aller Krebserkrankungen auf eine Infektion zurückzuführen sind und 9,9 Prozent mit Viren in Verbindung gebracht werden können. Mit 770.000 Fällen pro Jahr ist die Infektion mit *Helicobacter pylori* am weitesten verbreitet. Das Bakterium *Helicobacter* kann Geschwüre in Magen und Dünndarm verursachen und gilt als wichtigster Risikofaktor für das Entstehen von Magenkrebs. Bei den Viren sind die meisten Erkrankungen auf das Humane Papillomvirus (HPV), dem Auslöser von Gebärmutterhalskrebs, mit weltweit 640.000 Fällen im Jahr zurückzuführen. In afrikanischen Ländern ist das die tödlichste Krebsart für Frauen. Hepatitis B und C können Leberkrebs verursachen, mit 420.000 bzw. 170.000 Fällen pro Jahr weltweit. Auch das Epstein-Barr-Virus, das zahlreiche Krebsarten wie Hodgkin-Lymphome, Magen- und Karzinome des Nasen-Rachenraums auslösen kann, steht mit 120.000 Fällen pro Jahr auf der Fahndungsliste der Forscher.

Wichtig dabei ist, dass nicht jede Virusinfektion automatisch zu Krebs führt. Nur ein Bruchteil der infizierten Personen entwickelt tatsächlich einen Tumor. Auch ist der Krebs selbst oder die Tumortypen nicht ansteckend, lediglich das Virus ist übertragbar.

Prof. Peter Lichter, renommierter Molekulargenetiker am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, der bereits mehrfach mit Proben aus der PATH Biobank gearbeitet hat, hat nun in einer Studie erforscht, in wie vielen Tumoren tatsächlich Viren nachweisbar sind. Seine Arbeit ist Teil des internationalen Forschungsprojektes „Pan-Cancer Analysis of Whole Genomes“ (PCAWG) mit über 1300 Forschern, eine Initiative des „International Cancer Genome Consortium“ (ICGC). Ziel dieses Projektes ist es, zu klären, welche Genmutationen bzw. Muster an Erbgutveränderungen über mehrere Tumorarten hinweg eine Rolle spielen. Eine weitere Fragestellung des Projekts ist, ob auch Viren nachweisbar sind, die bislang noch nicht mit der Krebsentstehung in Verbindung gebracht wurden oder sogar noch völlig unbekannt sind.

Dafür wurden bei Prof. Lichter die Sequenzdaten von 2658 Tumoren von 38 verschiedenen Krebsarten untersucht. In 356 Tumoren, etwa 13 Prozent der untersuchten Proben, fanden die Wissenschaftler 23 verschiedene Virusarten. Am häufigsten wurde das Humane Papillomvirus in 19 von 20 Gebärmutterhals Tumoren und in 18 von 57 Tumoren des Nasen-Rachenraums nachgewiesen. Häufig gefunden wurde zudem das Epstein-

Barr-Virus in 5,5 Prozent aller untersuchten Tumore, sowie das Hepatitis B Virus in 62 von 330 der Lebertumoren (etwa 20 Prozent).

Völlig neuartige Viren konnten die Forscher nicht identifizieren. In einer kleinen Fallzahl konnten schon bekannte Viren, wie ein Retrovirus beim Nierenkarzinom, gefunden werden. Neben diesen Funden konnten die Forscher neue Erkenntnisse gewinnen, wie die Erreger krebsfördernde Mutationen im Erbgut auslösen und somit die Zellen bösartig entarten lassen.

Weitere Informationen können Sie hier nachlesen: Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ): <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/viren.php>

Originaltext von Prof. Lichter: <https://www.nature.com/articles/s41588-019-0558-9>

Dr. Charlotte Singrün, Stiftung PATH



Last-Minute-News: Gute Nachrichten für Frauen mit fortgeschrittener Erkrankung!

Jedes neue Medikament muss in Deutschland durch die IQWiG-Nutzenbewertung. Danach richtet der Gemeinsame Bundesausschuss GB-A sein Pro- oder Contra-Votum. Hat der neue Wirkstoff gegenüber der Vergleichstherapie einen erkennbaren Nutzen für die Patientinnen und Patienten (längeres Überleben), dann wird er auch von den Kassen bezahlt.

Das Gütesiegel „beträchtlicher Zusatznutzen“ erhielt jetzt der Wirkstoff Talazoparib, Handelsname Talzenna® (August 2020). Talazoparib ist zugelassen als Monotherapie für die Behandlung von Patientinnen mit BRCA1/2-Mutationen in der Keimbahn, die ein Her2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes Mammakarzinom aufweisen.

Weitere gute Nachrichten gibt es auch für den Wirkstoff Ribociclib, Handelsname Kisquali®. Auch dieses Medikament wird eingesetzt bei Frauen, die nach der Menopause an einem hormonrezeptor-positiven, Her2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Brustkrebs erkrankt sind. Ribociclib wird hierbei in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder mit Fulvestrant eingesetzt.

Jetzt hat der Gemeinsame Bundesausschuss GB-A auch für Ribociclib einen Zusatznutzen anerkannt (August 2020). Somit können Frauen in der fortgeschrittenen und metastasierten Situation Medikamente verordnet bekommen, die ihnen weitere Lebenszeit geben.

Deutschland ist doch ganz gut!

Im Vergleich zu anderen Ländern gelingt in Deutschland der Zugang zu neuen Krebsmedikamenten besonders schnell. Im Durchschnitt braucht es nur 82 Tage, bis das neue Krebsmedikament nach der EMA-Zulassung (Europäische Zulassungsbehörde) beim Patienten ist. Im europäischen Mittel dauert es 445 Tage, bis die Mittel in der Krankenversorgung verfügbar sind. In den Niederlanden dauert der Marktzugang 163 Tage, in der Schweiz 309 Tage.

Ärzteblatt, 17. Februar 2020

Brustkrebsoperationen besser an zertifizierten Kliniken mit hohen Fallzahlen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist der Frage nachgegangen, ob es bei Brustkrebsbehandlungen einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Qualität gibt. Die Frage wird mit einem klaren Ja beantwortet!

Die Überlebenschancen steigen, wenn Frauen in Krankenhäusern mit hohen Fallzahlen behandelt werden. In diesen Häusern arbeiten Ärzteteams, die viele Brustkrebsoperationen durchführen und deshalb deutlich weniger Folgeeingriffe haben. In Deutschland gibt es keine verbindlich vorgeschriebenen Mindestfallzahlen, obwohl die Deutsche Krebsgesellschaft das seit langem fordert. Den Patientinnen hilft aber bei der Suche nach dem richtigen Krankenhaus der Blick darauf, ob die Klinik zertifiziert ist. Prof. Dimpfl, Chef des Brustzentrums im Klinikum Kassel, sagte Ulla Ohlms schon vor Jahren: „Wir sehen eine Abstimmung mit den Füßen. Über 70 Prozent der an Brustkrebs Erkrankten gehen in ein zertifiziertes Brustzentrum.“

„Auf Basis von 10 in die Bewertung einbezogenen Studien sieht das IQWiG einen positiven Zusammenhang zwischen der Lei-

stungsmenge und der Behandlungsqualität bei der chirurgischen Behandlung des Brustkrebses. Vor allem sei von einer geringeren Gesamtsterblichkeit auszugehen, wenn solche Eingriffe häufiger durchgeführt werden, schreiben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in ihrem Bericht. Gleiches gelte für die krankheitsbezogene Sterblichkeit.“

Pressemitteilung IQWiG, 10. Februar 2020

„Deutschland bei HPV-Impfquoten weit zurückgefallen“

... titelt das Ärzteblatt online am 3. März 2020. Gebärmutterhalskrebs wird durch humane Papillomviren ausgelöst. Das hatte der Heidelberger Forscher Harald zur Hausen herausgefunden. Dafür erhielt er 2008 den Nobelpreis für Medizin. Ein Impfstoff ist vorhanden. 12 Jahre nach der höchsten Forscherauszeichnung ist die Impfquote in Deutschland beschämend niedrig. Die Quoten liegen in Bayern und Baden-Württemberg bei 35 Prozent, in den östlichen Bundesländern immerhin bei 60 Prozent.

Flächendeckenden Impfschutz gibt es, wie wir aus der Corona-Diskussion wissen, erst bei einer Durchimpfungsrate von mindestens 70 Prozent. Allein für Deutschland schätzen Fachleute, erkranken jährlich etwa 7.700 Menschen an HPV-bedingtem Krebs. In vielen afrikanischen Ländern ist Gebärmutterhalskrebs die häufigste Todesursache bei Frauen.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung von Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren. Das Deutsche Krebsforschungszentrum wandte sich deshalb zum Auftakt der Europäischen Impfwoche an die Eltern: „Nehmen Sie alle empfohlenen Impfungen wahr. Lassen Sie Ihre Kinder impfen, um sie vor vermeidbaren Krebserkrankungen zu schützen“, appellierte der wissenschaftliche Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), Prof. Michael Baumann.

„Bei den Impfquoten hinkt Deutschland im internationalen Vergleich jedoch weit hinterher“, so Nobila Ouédraogo, Experte für Öffentliche Gesundheit am DKFZ. Die skandinavischen Länder und Australien haben Impfquoten von 80 bis 90 Prozent. Was läuft falsch in Deutschland?

Ärzteblatt 21. April 2020 und 3. März 2020

Brustkrebs ist nicht überall die häufigste Krebserkrankung bei Frauen

Während in Deutschland und vergleichbaren westlichen Ländern Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist, hat auf dem afrikanischen Kontinent der Gebärmutterhalskrebs diesen Spitzenplatz erreicht. Dieser Krebs „töte in 42 Ländern weltweit mehr Frauen als jede andere Krebsart“. Akut, Ärzte ohne Grenzen, 2-2020

Kenia hat 2019 für alle zehnjährigen Mädchen eine kostenlose HPV-Impfung eingeleitet. „Gebärmutterhalskrebs ist in Kenia die häufigste Todesursache für Frauen“, sagt Rose Jalango vom kenianischen Gesundheitsministerium, weltweit sterben jedes Jahr rund 300.000 Frauen daran. „In Kenia sind es neun Frauen pro Tag“, so Jalango. Die HPV-Impfung setzt sich in anderen afrikanischen Ländern nur langsam durch. Es fehlen die Mittel und Aufklärungskampagnen. Und es gibt Widerstände. Es geht das Gerücht, dass die Impfkampagnen Mädchen unfruchtbar machen sollen. Klare Lüge.

SPIEGEL Gesundheit, „Wo acht von zehn Krebserkrankungen zu spät entdeckt werden“, 4. 2. 2020

Ulla Ohlms, Doris C. Schmitt



Wir sehen uns.

Die Initiative „My time – Momente wertvoll machen“ bringt Frauen mit metastasiertem Brustkrebs aus ganz Deutschland zum Gespräch zusammen. Dazu organisiert My time regionale Patientenveranstaltungen als Treffpunkt.

My time ist eine gemeinsame Initiative von Novartis, Mamma Mia und Brustkrebs Deutschland e.V.

Bis gleich!

Begleitend zu My time gibt es eine Facebook-Seite, die Sie zum Austausch einlädt und Ihnen Tipps zur Alltagsbewältigung, zu weiterführenden Beratungsmöglichkeiten und zu regionalen Veranstaltungen gibt.

Die Facebook-Seite wird von der Novartis Pharma GmbH verantwortet.

Werden Sie Teil der Community von My time! Suchen Sie auf Facebook oder im Messenger nach: @Mytime.LebenmitBrustkrebs





BIOLOGISCHE MECHANISMEN ENTSCHLÜSSELN UND PATIENTEN HELFEN

Wir bei Amgen wollen mit den Möglichkeiten der Biotechnologie innovative Therapien und Lösungen für Patienten mit schweren Erkrankungen schaffen. Um neue Therapieansätze zu finden, nehmen wir die komplexen molekularen Mechanismen einer Erkrankung ins Visier. Unser Ziel ist es, nicht nur zur Linderung einer Erkrankung beizutragen, sondern auch die Lebensqualität von Patienten zu verbessern.

Weitere Informationen über Amgen finden Sie unter:
www.amgen.de

