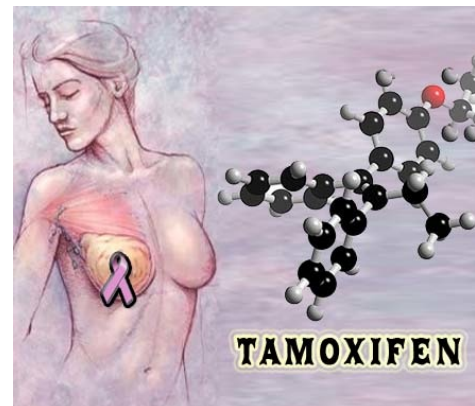
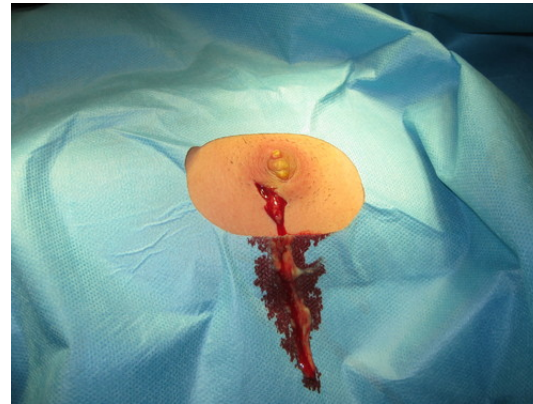




Diagnose Brustkrebs- welche Therapie wann?!



Dr. Nikola Bangemann
Chefärztin Brustzentrum CTK

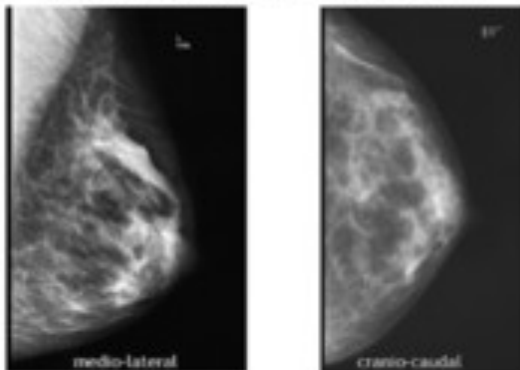


Situation 1:

Die Patientin tastet selbst einen Knoten, sie geht zum Frauenarzt



Der Knoten in der linken Brust - 11.11.03,
gut tastbar bei 2 Uhr, direkt unter der Haut.



Der Frauenarzt veranlasst die Mammographie und überweist ins Brustzentrum

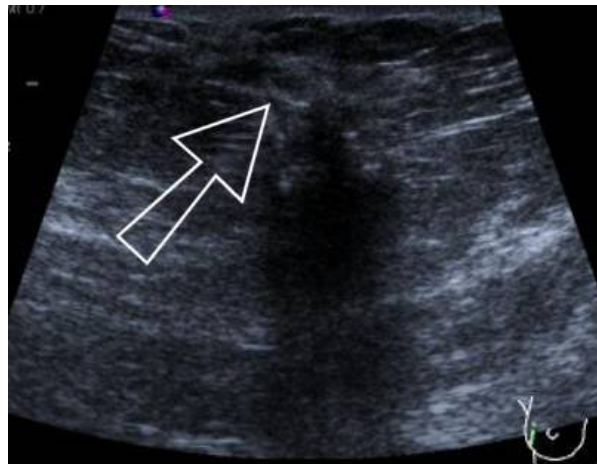
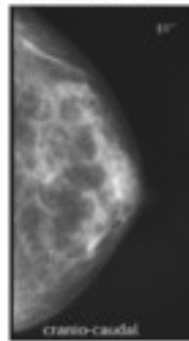
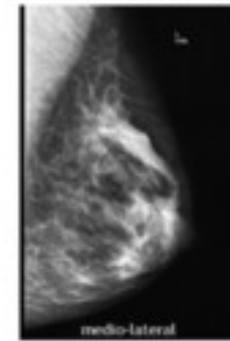


Brustzentrum



Probeentnahme per Ultraschall oder
Mit Vakuumstanze

Der Knoten in der linken Brust - 11.11.03,
gut tastbar bei 2 Uhr, direkt unter der Haut.



Bei Bösartigkeit oder unklaren Befund:

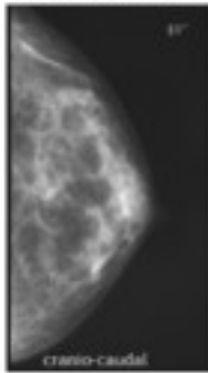
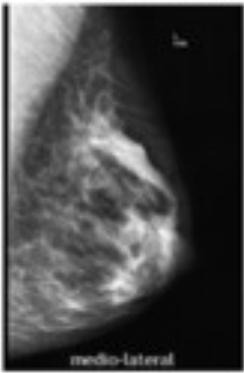


**Radiologische-pathologische-gynäkologische Konferenz
zur Planung des weiteren Vorgehens**

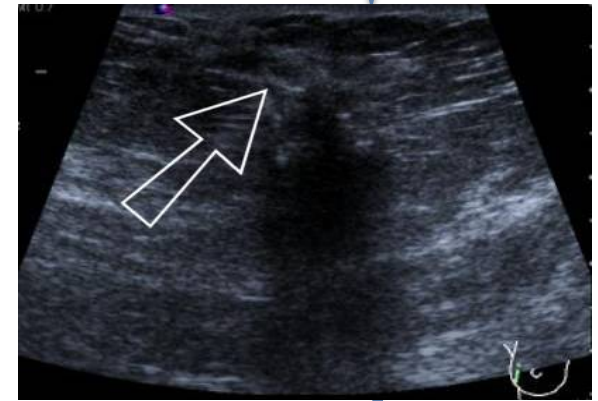
Situation 2:

Bei der Patientin wurde im Screening oder in der intensiven Früherkennung eine Auffälligkeit gesehen

Der Knoten in der linken Brust - 11.11.03,
gut tastbar bei 2 Uhr, direkt unter der Haut.



Evtl. weitere
Bildgebung und
stanzbioptische
Sicherung



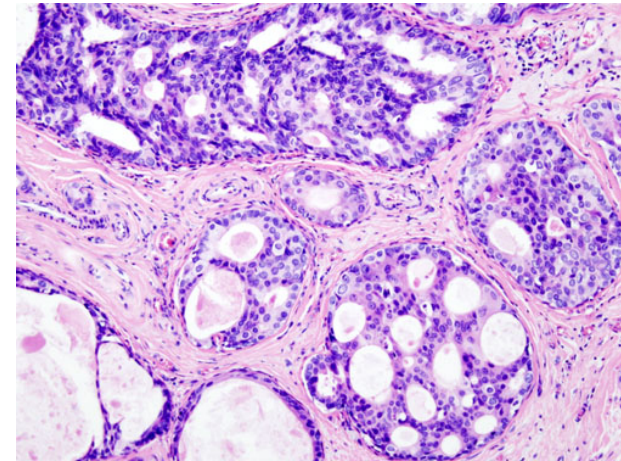
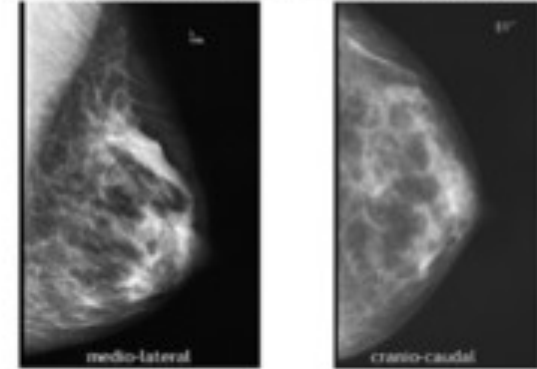
Der Radiologe od. Frauenarzt
überweist ins Brustzentrum

Radiologisch-pathologisch-gynäkologische Konferenz

Fragen:

- Übereinstimmung Bildgebung/ Histologie?
- Wieviele Herde?
- Relation von Brust und Tumor?
- Lymphknoten auffällig?
- Ausbreitungsdiagnostik?
- Immunhistochemie?
(Hormonrezeptoren, HER2, Wachstumsrate
Differenzierung)
- Befinden und Wunsch der Frau?
(Alter, Kinderwunsch, genetische Mutation
Wunsch nach Brusterhaltung....)

Der Knoten in der linken Brust - 11.11.03,
gut tastbar bei 2 Uhr, direkt unter der Haut.



Radiologisch-pathologisch-gynäkologische Konferenz

Denkbare Antworten:

-Primäre Chemotherapie und später Operation

- oder

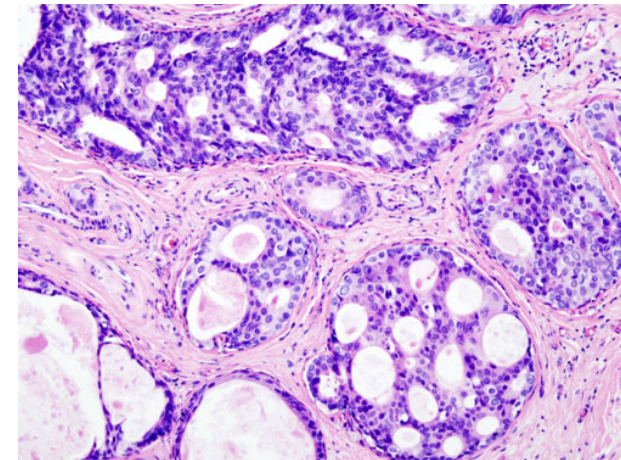
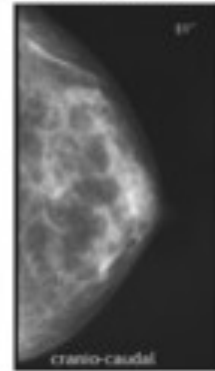
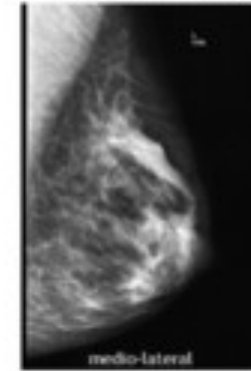
-Brusterhaltende Therapie + Sentinel/ Axilla+
Bestrahlung

-Brustentfernung +Sentinel/ Axilla + später ggf.
Chemotherapie/ Bestrahlung

-Brustentfernung subcutan +Sentinel/ Axilla,
einzeitige Rekonstruktion mit Silikon/ Netz oder
zweizeitig mit Platzhalter und sekundär
Eigengewebsrekonstruktion

-Primär endokrine Therapie, später evtl.
Operation

Der Knoten in der linken Brust - 11.11.03,
gut tastbar bei 2 Uhr, direkt unter der Haut.



Szenario 1:



**80 jährige Patientin, hormonabhängiges
Mammakarzinom, HER2 neg, WF < 5% , 6 cm
groß, gut differenziert:**

- Primär endokrine Therapie
- Alle 4-6 Wochen lokale Kontrolle
- Operation sofort bei Wachstumstendenz, bei Schrumpfung des Tumors ggf. erst nach 9 Monaten

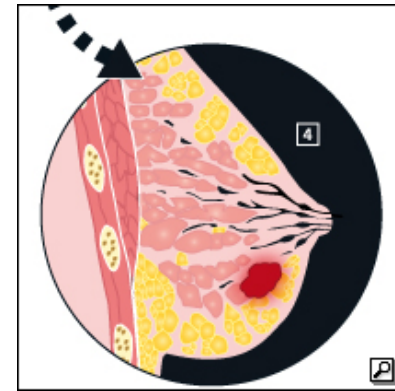
Szenario II: Junge Frau mit Triple negativen Brustkrebs



- Fertilityprotekt Maßnahmen anbieten
- CT Staging, ggf. Sentinel
- Chemotherapie primär, ggf. Studie
- Während der Chemotherapie Klärung : genetische Mutation?
- **Insbesondere bei genetischer Mutation:**
- Besprechung sekundär bzw. primär prophylaktischer Operationen:
 - subcutane Mastektomie einseitig? Beidseitig?
 - Erhalt der Brustwarze?
 - Rekonstruktion mit Eigengewebe oder mit Silikon?
 - Adnexektomie wann optimal?

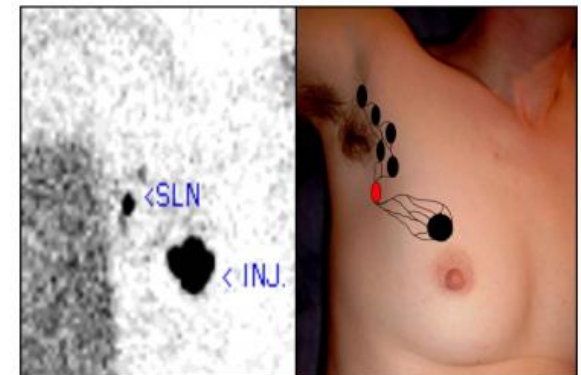


Szenario 3:

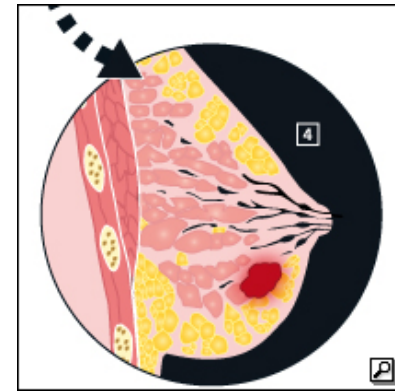


**50 jährige Patientin aus dem Screening,
hormonabhängiges Mammakarzinom, HER2 neg,
WF 15% , 1,5 cm groß, mittelgradig differenziert:**

-Brusterhaltende Therapie + Sentinelbiopsie



Szenario 3a:

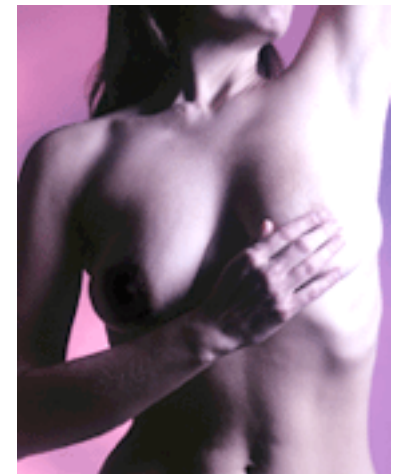


- **Brusterhaltende Therapie + Sentinelbiopsie**

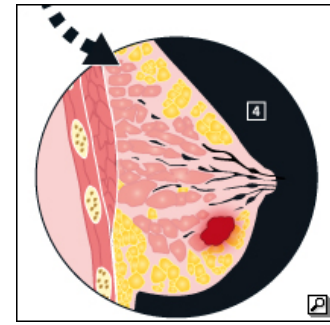
- Endgültige Histologie:
lobuläres Karzinom, > 5cm, in alle Schnittränder
reichend
Hormonrezeptor positiv, HER2 negativ, WF < 10%

- **Entscheidung Tumorkonferenz:**

Tumorgenetischer Test (ergibt low risk)
Brustdrüsenentfernung
Rekonstruktion besprechen
Endokrine Therapie 5 Jahre Letrozol
keine Chemotherapie



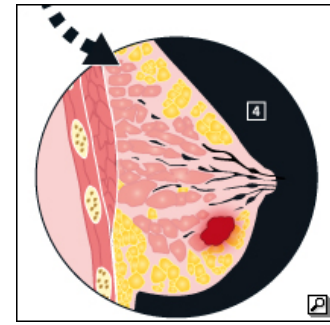
Szenario 3b:



- **Brusterhaltende Therapie + Sn/ axilläre Dissektion**
- **Endgültige Histologie:**
duktales Karzinom, 1,5cm, allseits im Gesunden, 1/10 LK pos.
Hormonrezeptor 40% positiv, HER2 2+ SISH pos, WF 25%
- **Entscheidung Tumorkonferenz:**
keine weitere Operation
Chemotherapie + Herceptin
Bestrahlung
Endokrine Therapie mindestens 5 Jahre
keine Chemotherapie



Szenario 3c:



- **Brusterhaltende Therapie + Sentinelbiopsie**

- **Endgültige Histologie:**

duktales Karzinom, 1,5cm, allseits im Gesunden, Sentinel neg.
Hormonrezeptor 100% positiv, HER2 neg, WF < 5%

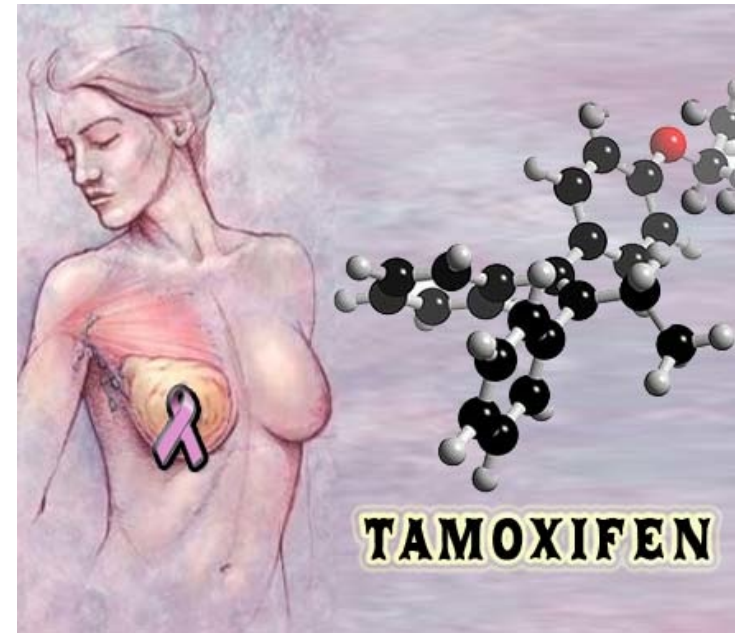
• **Entscheidung Tumorkonferenz:**

keine weitere Operation

Bestrahlung

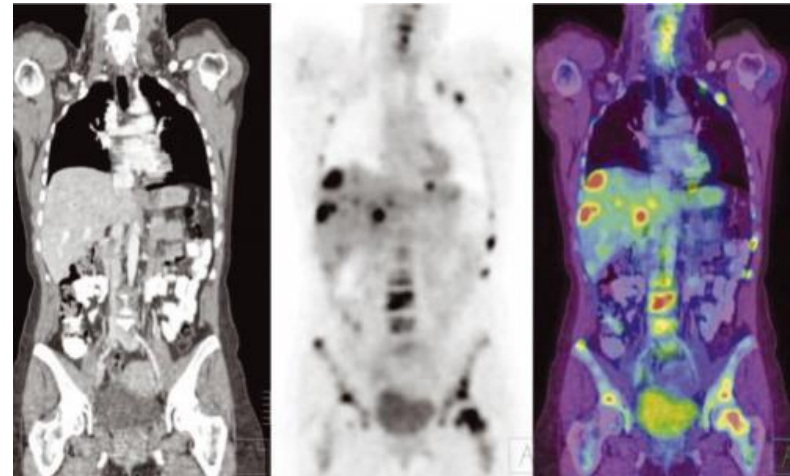
Endokrine Therapie 5 Jahre

keine Chemotherapie

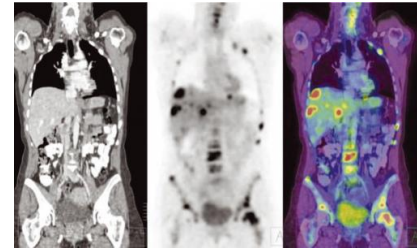


Szenario 4:

- **45 jährige Frau,**
kommt mit einem lokal ausgedehnten Brustkrebs.
Stanzbiopsie:
Hormonrezeptor 70% pos, HER2 neg, WF 25%
- **Entscheidung Tumorkonferenz:**
zunächst Metastasenscreening:
 - Knochenszintigraphie
 - CT Thorax und Abdomen
 - Labor



Szenario 4:



- 45 jährige Frau,

kommt mit einem lokal ausgedehnten Brustkrebs.

Metastasenscreening:

Herde in der Leber , in den Lymphknoten und im Knochen,
keine in der Lunge

• **Entscheidung Tumorkonferenz:**

- Chemotherapie mit Taxol und Avastin
- Bisphosphonate für die Knochen
- Calcium je nach Labor
- Bestrahlung bei Schmerzen od. Frakturget
- Psychoonkologische Unterstützung
- Keine Operation



Szenario 5

23 J. Patientin aus dem Bahrain,
Tastbefund rechts unten, keine Familiären Risiken

Stanzbiopsie: triple negativer Brustkrebs, WF 40% G3
Bildgebend cT2 cN1 M0

Chemotherapie mit 4x EC q2, 4x Paclitaxelq2

Subcutane Mastektomie, axilläre Dissektion
Rekonstruktion mit sekundären Diep.

Histologie: Komplette Remission

5 Jahre später:

Gesund, 1 gesunden Sohn, 2 Jahre (spontan)



Das Vorgehen bei Brustkrebs ist so unterschiedlich, wie die Erkrankung selbst.

Es ist unsere Aufgabe, individuell die jeweils beste Therapiestrategie herauszuarbeiten

