scheidungsfindung einzubinden. Das mache die Frauen, aber auch die Ärzte zufriedener, so Hartmann.

Yoga und Qigong ja, Tai-Chi nur vielleicht

Verbessern lässt sich die Lebensqualität auch durch regelmäßige körperliche Aktivität, die zudem das Rezidivrisiko senkt. Immer mehr Daten stehen inzwischen auch für den Benefit fernöstlicher Methoden zur Verfügung, wie Carolin C. Hack, Erlangen, erläuterte. In einer Metaanalyse, in der der Nutzen von Yoga bei Brustkrebs untersucht wurde, konnte ein starker Effekt auf die Lebensqualität und das funktionelle Wohlbefinden gezeigt werden [Cramer H et al. BMC Cancer. 2012;12:412]. „Regelmäßiges Yoga kann nachweislich Stress, Ängstlichkeit und Depressivität reduzieren und die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen steigern“, so Hacks Fazit. Ein systematisches Review zeigte für Qigong bei Brustkrebs ähnlich günstige Effekte [Chari CL et al. Support Care Cancer. 2012;20(6):1121-33]. Zusätzlich profitierten die Patientinnen auch von einem Rückgang der Fatigue. Unklar ist dagegen der Nutzen von Tai-Chi. Hier könne aufgrund der eingeschränkten Studienqualität keine klare Empfehlung gegeben werden, sagte Hack.

Das Thema „Ernährung“ nicht verschlafen

Weit weniger Aufmerksamkeit hat die Ernährung. „Dieses Thema haben wir in der Onkologie komplett verschlafen“, so Jutta Hübner, Integrative Onkologie, Jena. Dabei führe eine frühzeitige und regelmäßige Ernährungsberatung sowie ernährungstherapeutische Interventionen zu einer besseren bedarfsgerechten Energie- und Nährstoffzufuhr und zu verbesserten Behandlungsergebnissen, so Hübner. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Gewichtsverlust und Überleben zeigen, dass eine ausreichende Ernährung erheblich zum Überleben der Patientin beiträgt [Andrejev HJN et al. Eur J Cancer. 1998;34(4):503-9]. Wenn der Patient mangelernährt ist, ist seine Lebensqualität schlecht. Wenn sie behoben wird, steigt die Lebensqualität. Hübner verwies auf ein systematisches Review von 26 Studien, von denen 24 eine bessere Lebensqualität bei besserem Ernährungszustand zeigen. In einer Studie galt das nur für Hochrisikopatienten, in einer anderen gab es keinen Zusammenhang [Lis CG et al. Nutr J. 2012;11:27].

Im Alter adäquat behandeln: Go go – slow go – no go

Brustkrebs wird in höherem Alter häufig inadäquat behandelt, auch weil oft ein enger Austausch mit Geriatern und Onkologen fehlt. „Kooperation wäre wichtig“, meinte Nikos Fersis, Bayreuth. Brustkrebspatientinnen lassen sich laut Fersis mit zunehmendem Alter im Wesentlichen in drei Gruppen einteilen:

- „Go-Go“-Patientinnen ohne zusätzliche gesundheitliche Einschränkungen. Bei ihnen ist eine tumorspezifische Therapie unproblematisch möglich.
- „Slow-go“-Patientinnen sind in Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) leicht eingeschränkt und/oder haben eine bis zwei Komorbiditäten. Bei ihnen orientiert sich das weitere Vorgehen an der Lebenserwartung. Ist sie durch die Komorbiditäten limitiert, sollte eine symptomatische Therapie im Sinne eines BSC (Best Supportive Care) überlegt werden. Bei günstiger Lebenserwartung sollte eine tumorspezifische Therapie durchgeführt werden.
- Bei „No-go“-Patientinnen mit mehreren Komorbiditäten sollte eine BSC besprochen werden.

kurz notiert

CSEM ist Ultraschall und Mammografie überlegen

Besonders in der dichten Brust ist die Sensitivität der Magnetresonanztomografie (MRT) der Mammografie überlegen. Auch die kontrastmittelunterstützte Spektralammografie (CESM) sei aussagefähiger, erläuterte Eva Maria Fallenberg, Berlin, anhand eigener Daten. Danach betrug die Sensitivität der Mammografie bei prämenopausalen Frauen 69,6%, die der CESM 91,1%. In der Postmenopause wurde eine Sensitivität von 84,3 versus 93,3% erreicht. Auch hier profitierten Frauen mit dichter Brust (Kategorie 3 und 4) besonders: Die Mammografie erreichte eine Sensitivität von 71,6%, die CESM von 93,3%. Bei niedrigerer Dichte (Kategorie 1 und 2) lagen die entsprechenden Werte bei 85,8 und 96,5%. Die Kombination der beiden Verfahren brachte keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber der CESM allein. Auch im Vergleich mit dem Ultraschall scheint die CESM laut Fallenberg überlegen (Sensitivität: 78 vs. 66%) [Perez-Fernandez CM et al. Europäischer Radiologenkongress (ECR). 2015;Abstr B-0436].

PMBC: Primarius muss nicht generell entfernt werden

Soll beim primär metastasierten Mammakarzinom (PMBC) der Primarius belassen oder entfernt werden? Die Datenlage dazu sei kontrovers, erklärte Jana Barinoff, Berlin. In einer randomisierten kontrollierten Studie war das Überleben innerhalb der ersten drei Jahre unabhängig davon, ob der Primarius entfernt wurde oder nicht [ClinicalTrials.gov: NCT00557986]. Nach fünf Jahren war der Unterschied dagegen signifikant (41,6 vs. 24,4%). Insbesondere Patientinnen mit Östrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen Tumoren, solitärer Knochenmetastase und einem Alter < 55 Jahren hatten einen Überlebensvorteil nach initialer Operation. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) sieht die Operation des Primärtumors bei alleiniger ossärer Metastasierung als Einzelfallentscheidung (+/-), bei viszerale Metastasen ist die Bewertung negativ (-). Dennoch müsse der Primarius im Auge behalten werden, ergänzte Jens Huober, Ulm. *Beate Fessler*

Bericht von der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 29. Juni bis 1. Juli 2017 in Berlin

Adjuvante Radiotherapie: ja oder nein?

Diskutiert wird noch immer die Frage, ob man bei älteren Patientinnen mit Östrogenrezeptor(ER)-positivem Brustkrebs nach brusterhaltender Therapie auf eine adjuvante Strahlentherapie verzichten kann. Marc Thill, Frankfurt am Main, verwies auf ältere Studien [u. a. Hughes KS et al. J Clin Oncol. 2013;31(19):2382-7; Fyles AW et al. N Engl J Med. 2004;351(10):963-70], in denen ältere Frauen unter Tamoxifen oder einer anderen endokrinen Therapie mit und ohne adjuvante Radiotherapie über fünf bzw. 12,6 Jahre beobachtet wurden. Die Ergebnisse fasste Thill zusammen: „Es kommt zu einer hochsignifikanten Reduktion der Lokalrezidivrate ohne Einfluss auf das Gesamtüberleben.“ In einer aktuellen Metaanalyse zu dem Thema wurden Daten meist älterer Patientinnen mit Niedrigrisiko-Mammakarzinom aus fünf randomisierten Studien ausgewertet [Matuschek C et al. Radiat Oncol. 2017;12(1):60]: Die zusätzliche Bestrahlung reduzierte die Lokalrezidivrate um den Faktor 6,8, gleichbedeutend mit einem absoluten Rückgang der Lokalrezidive um 3–5% nach fünf Jahren und 9–14% nach zehn Jahren. Die Forscher empfehlen mit Hinweis auf die relativ geringe Toxizität, Patientinnen mit einer Lebenserwartung von fünf bis zehn Jahren eine adjuvante Radiotherapie anzubieten. *Beate Fessler*

Berichte von der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 29. Juni bis 1. Juli 2017 in Berlin