Familiärer Brustkrebs: Radikale Primärprävention

„Angst ist ein schlechter Ratgeber!“

Das Outing der US-Schauspielerin Angelina Jolie hat dazu geführt, dass sich viele Frauen mit vermeintlicher oder tatsächlicher genetischer Belastung aus Angst ebenfalls für eine Mastektomie entscheiden. Aber nicht immer stimmt der Gentest oder wird richtig interpretiert.

— Angelina Jolie hatte 2013 in der „New York Times“ bekanntgegeben, sie habe sich aufgrund ihres familiären Risikos wegen des mutierten BRCA1-Gens für

Angelina Jolie hat ihre prophylaktische Mastektomie publik gemacht.

© Angelika Warmuth / dpa

eine beidseitige Mastektomie entschieden. Ihre Ärzte hätten ihr mitgeteilt, sie habe ein Risiko von 87%, an Brustkrebs, und von 50%, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken. In der Folge sind viele Frauen diesem Beispiel gefolgt, was inzwischen auch unter Wissenschaftlern als Jolie-Effekt bezeichnet wird.

Nach PD Kerstin Rhiem, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Uniklinik Köln, sind die Angaben von Angelina Jolie viel zu hoch gegriffen: Das Risiko für Brustkrebs liege bei Veränderungen im BRCA1- oder -2-Gen bei maximal 60%, für Eierstockkrebs bei Veränderungen z. B. im BRCA2-Gen bei 20%. Rhiem geht sogar davon aus, dass das Lebenszeitrisko eher noch niedriger liegt.

Die Ärztin beklagt, dass es immer wieder zu Fehlinterpretationen genetischer Testergebnisse komme. So seien bei einer Frau mit Eierstockkrebs im BRCA1-Gen mehrere genetische Veränderungen gefunden und als pathogen eingestuft worden. Die Tochter der Patientin bat daher um eine genetische Testung und fragte nach prophylaktischen Operationen. „Wir haben eine Neubewertung dieser genetischen

Varianten vorgenommen und festgestellt, dass es sich um komplett neutrale, also nicht krankheitsverursachende Sequenzvarianten in der BRCA1-Region handelte“, so die Gynäkologin. Eine prädiktive Testung der gesunden Tochter komme daher nicht infrage. Und somit auch nicht die therapeutischen Folgemöglichkeiten.

Ein neues Gen, bei dem durch genetische Veränderungen die Erkrankungs-wahrscheinlichkeit moderat erhöht ist, ist PALB2. Einer Patientin von Rhiem, bei der in diesem Gen eine Mutation gefunden worden waren, war eine prophylaktische beidseitige Mastektomie und beidseitige Salpingoophorektomie empfohlen worden. Die Ärztin stellte jedoch klar, dass es für beide Eingriffe „keine Indikation im Hinblick auf altersspezifische Inzidenzen für Brust- und Eierstockkrebs beim PALB2-Gen gibt, die belastbar wären“. Rhiem abschließend: „Um es mit Angelina Jolie zu sagen: Angst ist ein schlechter Ratgeber für eine radikale primäre Prävention. Wir sollten daran arbeiten, angstsenkend vorzugehen.“

ple

■ 32. Deutscher Krebskongress, Berlin, 21.–24.2.2016

Orale Krebstherapie

Attraktiv, aber fehleranfällig?

Auch wenn die immer mehr verfügbare orale Krebstherapie sicherlich attraktiv ist, geht sie doch mit einigen Risiken einher.

— „Die orale Krebstherapie ist total schick“, beschrieb Prof. Dorothee Dartsch vom Institut für Pharmazie der Universität Hamburg die Einstellung vieler Krebspatienten zu dieser Applikationsart. Attraktiv sei sie, weil es z. B. seltener zu Haarausfall und nicht zu Nebenwirkungen wie Infektionen komme, mit denen bei intravenöser Applikation an der Einstichstelle gerechnet werden müsse. Durch die Therapie zu Hause sei jedoch

mit einer mangelnden Adhärenz zu rechnen, aber auch mit einer „Überadhärenz“, wenn Patienten glaubten, weil sie die orale Therapie so gut vertragen, könne eine Tablette mehr ja nicht schaden. Risiken gebe es für die Patienten auch, wenn sie sich etwa Nahrungsergänzungsmittel besorgten, die die Wirksamkeit der oralen Krebsarzneien einschränken.

Dartsch erinnerte daran, dass viele Krebspatienten schon älter sind und an Begleiterkrankungen leiden. Jede Komorbidität könne eine optimale orale Therapie verhindern, sei es, weil die Patienten etwa wegen Gelenksbeschwerden Schwierigkeiten beim Öffnen der Arz-

neiverpackung haben oder durch eine Sehbehinderung möglicherweise falsch dosieren. Und: Unklar ist, ob bei der oralen Therapie zu Hause darauf hingewiesen werden sollte, dass beim Umgang mit den Krebsmedikamenten Handschuhe getragen werden sollten, um eine Kontamination zu vermeiden. Dartsch: „Oder beeinflusst das die Adhärenz?“

Um eine optimale Adhärenz in der oralen Krebstherapie zu erzielen, müssten u. a. Therapieschemata so einfach wie möglich und die kontinuierliche Beratung und Betreuung der Patienten sichergestellt sein.

ple

■ 32. Deutscher Krebskongress, Berlin, 21.–24.2.2016