Bei wem wird auch die andere Brust erkranken?

Immer mehr Frauen überleben ein Mammakarzinom, aber damit steigt das Risiko für die kontralaterale Brust. Der Frage, wer besonders gefährdet ist und wie die Prognose aussieht, ging eine schwedische Arbeitsgruppe nach.

Eine monozentrische Analyse aus den Jahren 1970–2006 hatte gezeigt, dass ein bei Diagnose fortgeschrittener unilateraler Primärtumor (UBC) das Risiko für ein kontralaterales sekundäres Mammakarzinom (CBC) erhöht und die Prognose dann v.a. bei einem kurzen Intervall zwischen UBC und CBC schlechter ist. Das wurde jetzt durch eine Kohortenstudie mit 42.670 Patientinnen aus zwei Regionen in Schweden, bei denen zwischen 1992 und 2008 ein UBC diagnostiziert worden war, bestätigt. Die mediane Überlebenszeit betrug 6,7 Jahre, die CBC-Rate lag bei 3,5 pro 1.000 Personenjahre.

Frauen, die bei Diagnose des UBC mehr als zehn befallene Lymphknoten

aufwiesen, hatten im Vergleich zu nodal negativen Frauen ein erhöhtes Risiko für ein CBC (adjustierte Hazard Ratio [HR] 1,8; 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,2–2,7). Ein großer Primärtumor erhöhte das Risiko für ein CBC mäßig, waren aber auch Brustwand oder Haut involviert (T4), verdoppelte sich das Risiko.

Das Auftreten eines CBC verschlechterte die Prognose. Bei Patientinnen mit CBC war das Mortalitätsrisiko insbesondere bei kurzem Intervall bis zum Auftreten des CBC (≤ 5 Jahre) im Vergleich zu Frauen nur mit UBC mehr als verdoppelt (adjustierte HR 2,3; 95%-KI 1,8–2,8). Mit zunehmender Nachbeobachtungszeit ging dieses Risiko zurück,

blieb aber auch zehn und mehr Jahre gegenüber dem von Frauen mit alleinigem UBC erhöht.

Nach Meinung der Autoren bestätigt das die Bedeutung des initialen Lymphknotenstatus für das weitere Vorgehen. Die prognostische Bedeutung von Tumorstadium und das Auftreten eines CBC sollten zudem in die Entscheidung über Therapie- und Nachbeobachtungsstrategien einfließen.

Fazit: Ein lokal fortgeschrittenes Mammakarzinom mit $\geq$ zehn Lymphknotenmetastasen oder einer Ausdehnung bis in Brustwand und Haut hinein geht mit einem erhöhten Risiko für ein Karzinom der anderen Brust einher. Ein kontralaterales Mammakarzinom verschlechtert die Prognose anhaltend. *Friederike Klein*

Vichapat V et al. Tumor stage affects risk and prognosis of contralateral breast cancer: Results from a large Swedish-population-based study. *J Clin Oncol.* 2012;30(28):3478–85.

Zervixkarzinom: weniger Chancen für Ältere?

US-amerikanische Seniorinnen mit Zervixkarzinom sind gegenüber jüngeren Patientinnen im Nachteil: Sie werden seltener operiert und bestrahlt und sterben mit höherer Wahrscheinlichkeit an ihrem Tumor.

Die Inzidenz des Zervixkarzinoms zeigt zwei Gipfel – zwischen 30 und 39 und zwischen 60 und 69 Jahren. Die Zahl der älteren Patientinnen wird allein aus demografischen Gründen in Zukunft stark zunehmen. Vor diesem Hintergrund zeigt eine Auswertung des US-amerikanischen SEER-Registers eine deutliche Benachteiligung der Seniorinnen in therapeutischer Hinsicht. Insgesamt werteten die Autoren die Daten von knapp 30.000 Zervixkarzinom-Patientinnen aus, davon waren 2.500 zwischen 70 und 79, 1.400 über 80 Jahre alt.

Demnach werden gut 80 % der unter 50-jährigen Patientinnen mit Zervixkarzinom im Frühstadium (IB1–IIA) primär operiert, bei den 70- bis 79-Jährigen erhält diese Behandlung nur jede Zweite, bei den über 80-Jährigen sogar nur jede Dritte. Bei den operierten Patientinnen nahm die Wahrscheinlichkeit einer Hysterektomie – Methode der Wahl beim

nicht metastasierten Zervixkarzinom – bei den Patientinnen über 80 Jahre deutlich ab (20 % vs. knapp 60 % bei den über 50-Jährigen). Und auch eine Lymphadenektomie gab es seltener, wenn die Patientin die 70 bzw. die 80 überschritten hatte: In diesen Altersgruppen erhielten nur 29 bzw. 9 % einen solchen Eingriff, bei den unter 50-Jährigen dagegen 67 %. Auch in den multivariaten Analysen blieb der deutliche Einfluss des Alters auf die Wahl der Therapie bestehen.

Bei fortgeschrittenen Krebsstadien waren die Seniorinnen zudem therapeutisch im Nachteil: 7 % der über 70-Jährigen und 12 % der über 80-Jährigen in den Stadien IIB–IVA wurden gar nicht mehr tumorspezifisch behandelt (bei den Jüngeren waren es unter 4 %). Die Chance, eine Standard-Brachytherapie zu erhalten, sank von knapp 68 % im Alter von unter 50 auf 59 % bei den 70- bis 79-Jährigen. Wer die 80 überschritten

hatte, erhielt diese Therapie nur noch mit einer Wahrscheinlichkeit von 46 %.

Letztlich starben die Seniorinnen auch häufiger an ihrem Tumor, allerdings unabhängig von der Therapie. Die nach Krankheitsstadium und Art der Behandlung adjustierte Sterberate im Vergleich zu jüngeren Patientinnen mit Zervixkarzinom betrug für 70- bis 79-Jährige 1,35, für über 80-Jährige 2,08 (jeweils Frühstadien). Bei Seniorinnen in den Stadien IIB–IV lagen die entsprechenden Raten bei 1,12 bzw. 1,47.

Fazit: Gerade bei älteren Patientinnen mit Zervixkarzinom müsse mehr auf die individuellen Besonderheiten eingegangen werden, so die Autoren. So sollten neben den Tumorcharakteristika auch Begleiterkrankungen, der funktionelle Status sowie der Behandlungswunsch der Patientin stärker berücksichtigt werden. Bei anderen Tumorentitäten seien vor allem ein geriatrisches Assessment sowie ein multidisziplinärer Therapieansatz erfolgreich gewesen. *Elke Oberhofer*

Sharma C et al. Patterns of care and treatment outcomes for elderly women with cervical cancer. *Cancer.* 2012;118(14):3618–26.