



Paracelsus-Klinik Am Schillergarten Bad Elster

Nachsorgerichtlinien des Mammakarzinoms und der Genitalkarzinome

CÄ Dr. med.
Silvy Neubert

Kronach 08.05.2009



Patiententag
Samstag, 8. Mai 2010
**Gynäkologische
Tumore**

Gemeinsam gegen Krebs e.V.



In der Personalcafeteria
der Frankenklinik Kronach



Welche Nachsorge ist sinnvoll?

„Programmierte“ Nachsorge

PRO	KONTRA
Durch eine frühe Erkennung von Metastasen bessere Therapiemöglichkeiten und Heilungschancen	Heilungschancen bei Metastasierung im Allgemeinen nicht gegeben. Lebensverlängerung in Studien nicht nachgewiesen
Durch eine frühe Erkennung von Metastasen Erleichterung der Behandlung und damit Verbesserung der Lebensqualität	Beeinträchtigung der Lebensqualität durch früheres Wissen um Metastasierung und durch apparativen Untersuchungsaufwand
Verbesserung der Lebensqualität durch Krankheitsfreiheit	Bestätigung der Krankheitsfreiheit abhängig von der Sensitivität der Untersuchungsmethoden
Bei früher Entdeckung von Metastasen Kostensenkung durch einfachere Palliation	Erhebliche Zusatzkosten durch apparativen Mehraufwand bei zahlreichen falsch positiven Befunden



Aufgaben der Nachsorge

- Beratung der Patientin zu Therapiekonzepten bei Rezidiv
- Sicherstellung der Kommunikation an Betreuung beteiligter Mediziner ↔ Patienten
- Weiterleitung von Gesundheitsstatus an primär behandelnde Klinik
- Herstellung von Kontakten zu Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern und Selbsthilfegruppen
- Einleitung von Reha-Maßnahmen
- Supportive Therapien (z.B. Lymphdrainagen, Therapie PNP + Verdauungsbeschwerden)
- Allgemeine Beratung (Genetik, Hormonersatztherapie)
- Bei Erhaltungstherapien: Monitoring, Therapiecompliance und Toxizitäten
- Qualitätskontrolle



Ovarialkarzinom

- Fünfhäufigstes Malignom der Frau (15 Neuerkrankungen / 100.000 Frauen)
- Nachsorgekonzept: Angebot schon während des stationären Aufenthalts
- Nachsorge ambulant: enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Klinik (elektronische Dokumentationssysteme / Vernetzung)
- Nachsorge individueller Situation angepasst



AGO-Leitlinien Nachsorge Ovarialkarzinom

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung (inklusive gyn. Unters., Vaginalsonographie + rectale Untersuchung, Gewichtkontrolle + orientierende Abdominal-Sono)
- Palpation Lymphknoten supraclavikulär, axillär, inguinal

Bei fehlender Tumorsymptomatik:

keine routinemäßige Tumormarkerbestimmung
(Ausnahme: Keimzell-/Keimstroma-Strangtumoren)

keine apparative Diagnostik

- Mammadiagnostik jährlich (Mammographie + Sonographie)
- Coloskopie (Vorsorgeprogramm)
- Zytoabstriche jährlich



Zeitintervalle der Nachsorge

nach abgeschlossener Therapie u. Rezidivfreiheit:

- In den ersten Jahren 3 Jahren: $\frac{1}{4}$ -jährlich
- 4.-5. Jahr: $\frac{1}{2}$ -jährlich
- ab 6. Jahr: jährlich
- Ende: nach 10 Jahren
- (lebenslang: Borderlinetumoren u. Granulosazelltumoren – Cave: Spätrezidive)



Nachsorge ⇒ Fürsorge

- angepaßt: individuelle Beschwerden u. Allgemeinzustand
- (Intervalle d. Nachsorge AZ angepaßt)



CA 125 - Bestimmung

- Anstieg \Rightarrow 80% Rezidiv-Manifestation
aber: klinisch manifest erst nach 4-6 Monaten
- oft nicht apparativ nachweisbar
 - \rightarrow Therapie nicht gerechtfertigt
 - \rightarrow kein Effekt auf Gesamtüberleben

(Ergebnisse der EORTC-Studie 2010 erwartet)



Nachsorgeuntersuchungen bei Mammakarzinom

Klinische Nachsorge	Nachsorge		Früherkennung
Jahre nach Primärtherapie	1 2 3	4 5	6 und mehr Jahre
Anamnese, Körperliche Untersuchung Aufklärung / Information	vierteljährlich	halbjährlich	jährlich
Laboruntersuchungen Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (Ausnahme: Mammographie)	nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv oder Metastasen		



Nachsorgeuntersuchungen bei Mammakarzinom - Mammographie

	1. Jahr – 3. Jahr	Ab 4. Jahr
Brusterhaltende Operation <ul style="list-style-type: none">• befallene Brust• kontralaterale Brust	Alle 6 Monate einmal jährlich	einmal jährlich
Mastektomie	einmal jährlich	



Folgende Empfehlungen sollten in der Nachsorge beachtet werden

- Nützlich für Organisation und Dokumentation ist das Führen eines Nachsorgekalenders
- Spezielle Aufgaben d. Nachsorge bei Ma-Ca:
- Verschreibung v. Brustprothesen, Büstenhaltern, Badeanzügen, Beratung über Wiederaufbau d. op. Brust – Reduktion gesunder kontralateraler Mamma
- Reduktion Gewicht, Sport



BRCA 1/2 Veränderungen (5-10% aller Ov. und Ma-Ca)

Hohe Mutationswahrscheinlichkeit:

- Mehrere Ma- od. Ov. Karzinome in Familie
- Ma- u. Ov.-Karzinom bei einer Frau
- 2-oder mehr Fälle v. Ovarial-Ca in Familie
- 2-oder mehr Fälle v. Ma-Ca; davon 2 Erkrankungen vor 50. Lj

Moderate Mutationswahrscheinlichkeit:

- einseitige Ma-Ca vor 31. Lebensjahr
- beidseitiger Ma-Ca
- 2 Erkrankungen an Ma-Ca in Familie, davon 1 vor 50. Lj

⇒ 60%tiges Risiko für Auftreten Ov-Ca

⇒ 60-85%tiges Risiko für Auftreten Ma-Ca



Konsequenzen für Töchter

Mutationen zu 50% vererbt

⇒ Intensive Früherkennung ab 25. Lebensjahr

- Mamma: 1/2-jährlich Sonographie
Jährlich MRM
Zweijährlich Mammographie (Mikrokalk)
- Ovarien: Früherkennung nicht möglich
BRCA 1-Mutation: zw. 35 - 40. Lebensjahr
Andexektomie
BRCA 2-Mutation: zw. 40 - 45. Lebensjahr
Andexektomie



Konsequenzen für Söhne

Nur bei BRCA-2-Mutation:

- ab 50. Lj 10% erhöhtes Risiko Mamma-Ca
- leicht erhöhtes Risiko für Prostata-Ca, Colon-Ca, Pankreas-Ca

⇒ ab 50. Lj Palp. + Sono Mamma

Vorsorge für Prostata- u. Colon-Ca



Genetische Beratung

12 Zentren des Deutschen Konsortiums

- www.mammamia-online.de
- www.krebshilfe.de





Gebärmutterhalskrebs

WER
WANN - WO – WIE

sollte
geimpft werden?

99% der Zervix Karzinome (Präkanzerosen)
90% der Genitalwarzen (Condylomata
acuminata)

durch Papillomvirus-Typen
(Penis-, Vulva- und Analkarzinome +30% der
Karzinome im Hals- u. Rachenbereich +
Larynxpapillome



Prävention - Zervixkarzinom

Gardasil: Humaner Papillomvirus – Impfstoff
(Typen 6/11/16/18)

Cervarix: Humaner Papillomvirus – Impfstoff
(Typen 16/18)

Impfungen: 0/2/6 Monate

Wann Wiederholungsimpfung?

Wer sollte geimpft werden?





Zulassung des Impfstoffs in Europa

22. September 2006

Schutzdauer: gesichert 5 Jahre
 wahrscheinlich 10 Jahre

Hauptzielgruppen:

- Schulkinder (Mädchen und Jungen) vor
1. Geschlechtsverkehr (bis ca. 25. Lebensjahr)
- Partner von Kondylompatienten
- Frauen nach überstandener HPV-Infektion



Impfung bereits Infizierter?

- Antikörpertiter nach Impfung wesentlich höher als nach Spontan-Infektion



Impfung Schutz vor Re-Infektion?

(HPV-Test vor Impfung ?? – eher nicht)



Interdisziplinäres therapeutisches Team





Psychotherapie





Patientenorientierung: kompetente, individuelle Behandlung





Danke für Ihre Aufmerksamkeit

