

EMPFEHLUNGEN ZUR NACHSORGE NACH MAMMAKARZINOM

Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Senologie

Präambel:

Im **Mittelpunkt der Nachsorge** steht die Patientin, die berechtigterweise subjektive Ängste und Wünsche aufweist, und die Qualitätskontrolle der medizinischen Betreuung. Es wird zu Recht in einer Zeit, in der die medizinischen Ressourcen limitiert sind, eine hohe Evidenz auch für die Untersuchungen im Bereich der Nachsorge gefordert. Bisherige Studien haben **nicht** gezeigt, dass bei asymptomatischen Patientinnen nach Mammakarzinom mit Ausnahme des Lokalrezidivs (8) eine besonders **intensive apparative Nachsorge** über die Früherkennung von Metastasen zu einer Verbesserung der Prognose führt (2,3).

Prinzipiell sollte die Nachsorge **lebenslang** erfolgen. Es handelt sich dabei um ein Anrecht der Patientin. Die Nachsorge sollte als eine **menschliche und fachlich-medizinische ganzheitliche Betreuung** einschließlich psychischer Führung und Rehabilitation verstanden und gelebt werden, dient aber u.a. auch zur Erfassung von therapieinduzierten Spättoxizitäten und der Qualitätssicherung und Basis für wissenschaftliche Untersuchungen (10). Durch das Vorgehen in der Nachsorge sollten **sowohl** Patientinnen außerhalb **als auch** innerhalb von klinischen Studien qualitativ gut versorgt werden können.

Die risikoadaptierte Behandlung des Mammakarzinoms hat sich in der Praxis über weite Strecken durchgesetzt. Es erscheint deshalb in Analogie auch zulässig, die Nachsorge entsprechend **risikoadaptiert und patientenbezogen** durchzuführen. Das bedeutet, dass die Nachsorge der Gruppe der Patientinnen mit **hohem Rezidivrisiko** apparativ intensiver gestaltet werden könnte als bei der Gruppe mit niedrigem und intermediärem Risiko, obwohl für dieses Vorgehen derzeit ein wissenschaftlich gesicherter Beweis noch aussteht.

Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko sind entsprechend den Kriterien des Konsensus-Treffens in St. Gallen Patientinnen mit ≥ 4 pos. Lymphknoten bzw. jede Patientin mit Lymphknoten-Positivität UND Hämangiosis carcinomatosa ODER Her-2-neu Überexpression. Es handelt sich damit also um eine Subgruppe von ca. 3-5% unserer Mammakarzinompatientinnen.

Bei der Nachsorge **multimorbider** bzw. besonders alter Patientinnen sollten Vor- und Nachteile einer regelmäßigen Nachkontrollen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

I. Nicht-apparative, klinische Tumornachsorge

| INHALT | INTERVALLE | BEMERKUNGEN |
|---|--|--|
| Ärztliches, onkologisches Nachsorgegespräch* (Patienten- und symptomorientierte, tumorspezifische Anamnese**) | Alle 3 Monate in den ersten 2 Jahren, im 3.-5. Jahr alle 6 Monate, ab dem 6. Jahr 1x/Jahr lebenslang | Hohe Relevanz (mindestens 80% der Rezidive/Metastasen führen zu klinischer Symptomatik)(9). Große Bedeutung für Patientin. |
| Systematische Erfassung von Nebenwirkungen der Tumorthherapie*** | lebenslang | Im Bereich der Strahlentherapie gesetzlich verpflichtend. Individualisierte Abklärung bzw. Therapie |
| Klinische Inspektion und Palpation beider Brüste inkl. der Lymphabflusswege bzw. der Thoraxwand | Bei jeder ärztlichen Nachsorge-Kontrolle | Erfassung eines lokoregionären Rezidivs und kontralateralen Karzinoms. |
| Problem der Gewichtszunahme | - | Ernährungsberatung, Lebensstilberatung |
| Spezielle Probleme wie Angststörungen, psychische Irritationen | - | Psychologische Betreuung, medikamentöse Psychopharmaka-Therapie. |

*sollte von den Krankenkassen im Austausch gegen wegfallende apparative Untersuchungen honoriert werden.

** insbesondere Beachtung von Arm- und Knochenschmerzen, Armschwellung; lokale Narbenverhältnisse, Rötungen/Knotenbildung; Oberbauchbeschwerden, Atemnot, Husten, Gewichtsabnahme, Müdigkeit, Reduktion der Leistungsfähigkeit, anhaltende Kopfschmerzen, Schwindel, anhaltende Übelkeit/Erbrechen

*** v.a. Abduktionshemmung des Arms, Strahlentherapie-bedingte Hautveränderungen und -fibrose, Osteoporose, klimakterische Beschwerden, kardiale Beschwerden, Gedächtnisstörungen

Eine **Selbstuntersuchung** der Brüste durch die Patientin sollte monatlich erfolgen. Weiters sollten **allgemeine Vorsorgeuntersuchungen** wie Blutdruckkontrollen, Bestimmungen der Blutfette u.ä. wahrgenommen werden. Ein Test zur Detektion von okkultem Blut im Stuhl (Hämoccult) sollte jährlich ab dem 40. Lebensjahr erfolgen, eine Koloskopie alle 5 Jahre ab dem 50. Lebensjahr

II. Spezielle und apparative Tumornachsorge bei Tumorpatientinnen mit geringem und intermediärem Rezidivrisiko

| INHALT | INTERVALLE | BEMERKUNGEN |
|--|-------------|--|
| Mammographie + Mammasonographie | 1x jährlich | Hohe Relevanz, da Überleben verbessert, wenn <u>Lokalrezidiv</u> bzw. <u>kontralaterales Karzinom</u> durch „Nachsorge-Screening“ und nicht erst durch klinische Manifestation entdeckt wird (8) |
| MRT der Brust | - | Bei Verdacht auf Lokalrezidiv bzw. bei Mammaprothese 1x jährlich |
| Gynäkologische Untersuchung | 1x/Jahr | Anamnestisch insbesondere Beachtung von etwaigen Blutungsanomalien und/oder Unterbauchschmerzen, vaginaler Ultraschall bei klinischer Auffälligkeit. Beratung zu Partnerschaft, Sexualität, Fertilitäterhaltung und Empfängnisverhütung. Information über und Behandlung von klimakterischen Beschwerden |
| CT Abdomen/Leber CT Thorax | - | NUR bei klinischem Verdacht auf Rezidiv/Metastase indiziert |
| Knochenszintigraphie | - | NUR bei klinischem Verdacht auf Rezidiv/Metastase indiziert |
| Tumormarker CA 15/3 und CEA | - | NUR bei klinischem Verdacht auf Tumorrezidiv/Progression indiziert |

III. Spezielle und apparative Tumornachsorge bei Tumorpatientinnen mit hohem Rezidivrisiko

Als solche Patientinnen gelten entsprechend den Kriterien des Konsensus-Treffens in St. Gallen*:

- **≥4 pos. Lymphknoten bzw.**
- **jede Patientin mit Lymphknoten-Positivität UND Hämangiosis carcinomatosa und/oder Her-2-neu Überexpression.**

| INHALT | INTERVALLE | BEMERKUNGEN |
|--|-------------|--|
| Mammographie + Mammasonographie | 1x jährlich | Hohe Relevanz, da Überleben verbessert, wenn <u>Lokalrezidiv</u> bzw. <u>kontralaterales Karzinom</u> durch „Nachsorge-Screening“ und nicht erst durch klinische Manifestation entdeckt wird (8) |
| MRT der Brust | - | Bei Verdacht auf Lokalrezidiv bzw. bei Mammaprothese 1x jährlich |
| Gynäkologische Untersuchung | 1x/Jahr | Anamnestisch insbesondere Beachtung von etwaigen Blutungsanomalien und/oder Unterbauchschmerzen, vaginaler Ultraschall nur bei klinischer |

| | | |
|-------------------------------|----------------------------|---|
| | | Auffälligkeit. Beratung zu Partnerschaft, Sexualität, Fertilitätserhaltung und Empfängnisverhütung. Information über und Behandlung von klimakterischen Beschwerden |
| CT Abdomen/Leber CT Thorax | 1x/Jahr bis zum 5. Jahr | <u>NUR</u> in dieser Hochrisikogruppe ! |

Die Computertomographie-Untersuchung des Thorax hat sich als deutlich sensitiver als das Thoraxröntgen im Aufdecken von Metastasen erwiesen (4,7). Ebenso wurde gezeigt, dass die Computertomographie-Untersuchung des Abdomens bzw. der Leber eine deutlich höhere Sensitivität im Aufdecken von Metastasen aufweist als die Oberbauchsonographie (3,5,6).

IV) Patientinnen mit klinischen Symptomen und Verdacht auf Rezidiv/Progression

Generell gilt: Wenn bei den Nachsorgekontrollen oder auch im Nachsorgekontrollintervall Beschwerden bzw. Symptome auftreten und Rezidivverdacht besteht, sollten **unverzüglich** weiterführende Untersuchungen erfolgen.

IV) Vorsorge/Nachsorgeschema bei MutationsträgerInnen mit stark erhöhtem Mammakarzinomrisiko

Helbich
MRT

Literatur:

- (1) Quiaia E et al. Comparison of contrast-enhanced ultrasonography versus baseline ultrasound and contrast-enhanced computed tomography in metastatic disease of the liver: diagnostic performance and confidence. Eur Radiol 16 (2006) 1599
- (2) Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care. J Clin Oncol 24 (2006) 848
- (3) Khatcheressian J et al. American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guidelines in the adjuvant setting. J Clin Oncol 24 (2006) 5091
- (4) Nemanic S et al. Comparison of thoracic radiographs and single breath-hold helical CT for detection of pulmonary nodules in dogs with metastatic neoplasia. J Vet Intern Med 20 (2006) 508
- (5) Kinkel K et al. Detection of hepatic metastases from cancers of the gastrointestinal tract by using non-invasive imaging methods (US, CT, MR imaging, PET): A meta-analysis. Radiology 224 (2002) 748

- (6) Schima W et al. Liver metastases of colorectal cancer: US, CT or MR ?
Cancer Imaging 5 (2005) S149
- (7) Tillich M et al. Detection of pulmonary nodules with helical CT: comparison of cine and film-based viewing. Am J Roentgenol 169 (1997) 1611
- (8) De Bock G et al. Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: A meta-analysis and systematic review. J Clin Oncol 22 (2004) 4010
- (9) Winchester D et al. Symptomatology as an indicator of recurrent or metastatic breast cancer. Cancer 43 (1979) 956
- (10) Beckmann M et al. Nachsorge beim Mammakarzinom und gynäkologischen Malignomen. Senologie 2 (2005) 20

| Konsensus-Teilnehmer | Repräsentant/in |
|------------------------------------|---------------------------|
| Univ. Prof. Dr. Ernst Kubista | ABCSG, AGO, Vorsitz |
| Univ. Prof. Dr. Michael Gnant | ABCSG, ACO |
| Univ. Prof. Dr. Christoph Wiltchke | Internistische Onkologie |
| Univ. Prof. Dr. Alexandra Resch | Strahlentherapie |
| Univ. Prof. Dr. Thomas Helbich | Radiologie (Bildgebung) |
| MR Dr. Jutta Hellan | Niedergelassene Onkologin |
| Univ. Prof. Dr. Edgar Petru | AGO |