



**Südtiroler Krebshilfe**  
Vereinigung Bezirk  
Burggrafenamt



# Vortragsreihe 2008: Patientenschule zum Thema Brustgesundheit/Brustkrebs im Krankenhaus Meran

In der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe Meran und im Rahmen des Brustgesundheitszentrums Brixen-Meran wurden in diesem Jahr mehrere Vortragsabende zum Thema Brustgesundheit und Brustkrebs angeboten.

Ziel war es, Information von Fachleuten und ein Gesprächsangebot zum Thema Brustkrebs über das Jahr verteilt anzubieten.

Wir haben die Vortragsreihe „Patientenschule“ genannt, um den informativen Gedanken für Patientinnen, Angehörige und nicht betroffene Frauen in den Vordergrund zu stellen. Die Informationsabende waren überaus stark besucht. Die Vorträge wurden jeweils in italienisch übersetzt.

In einem ersten Vortrag referierten Primar Dr. Herbert Heidegger und Oberarzt Dr. Anton Wieser als Radiologe über das Thema „Was ist Brustkrebs und welche Methoden der Diagnosefindung gibt es“. Frau Dr. Irmgard Himmel und Herr Dr. Florian Vogl vom Brustgesundheitszentrum im Krankenhaus Meran berichteten über aktuelle Therapiemöglichkeiten beim Brustkrebs. Frau Dr. Hildegard Zeisel-Heidegger stellte komplementärmedizinische Maßnahmen, ihre Grenzen

und Möglichkeiten vor, Frau Monika Alber sprach über die pflegerische Betreuung beim Brustkrebs. Doz. Dr. Alexander Gardetto stellte als plastischer Chirurg die verschiedensten Möglichkeiten der plastisch-chirurgischen Rekonstruktion beim Brustkrebs vor. Dr. Gardetto steht als plastischer Chirurg dem Brustgesundheitszentrum zur Verfügung.

Über psychologische Hilfestellungen sowie über Sozial- und Hilfsleistungen für Krebspatienten, sowie über palliativ-medizinische Maßnahmen berichteten Frau Dr. Andrea Gabis und Maria Oberprantacher vom Palliativzentrum Martinsbrunn und die Sozialassistentin Edith Rassler. Unser Psychoonkologe Dr. Norbert Längerer sprach über das Leben mit der Diagnose Brustkrebs, über Probleme des Selbstbildnisses, über Partnerschaft und Sexualität. Die wichtige Rolle der Ernährung bei Tumorerkrankungen stellte der Onkologe Doz. Dr. Gilbert Spizzo dar.

Nachfolgend habe ich die wichtigsten Informationen aus den einzelnen Vorträgen zur Erinnerung und zum geeigneten Lesen zusammengetragen.

Primar H. Heidegger



Brustkrebs ist in Ländern der industrialisierten Welt der häufigste bösartige Tumor bei Frauen. Die Tendenz war in den letzten 20 Jahren in ganz Europa deutlich steigend.



In Südtirol sind im Jahr 2007 387 Frauen neu an Brustkrebs erkrankt.

## Ursachen und Risikofaktoren für Brustkrebs

Die meisten Brustkrebserkrankungen entwickeln sich, ohne dass im Nachhinein eine sichere Ursache auszumachen wäre. Man geht davon aus, dass mit Ausnahme der (wenigen) durch ererbte Genveränderungen verursachten Tumoren in der Mehrzahl der Fälle zahlreiche Einflüsse zusammenwirken, um die Erkrankung auszulösen. Neben Faktoren, die das Erkrankungsrisiko erhöhen, gibt es auch solche, die es vermindern. Einige der Risikofaktoren lassen sich individuell beeinflussen, viele jedoch nicht. Das individuelle Risiko ergibt sich aus dem komplexen Zusammenwirken dieser Faktoren. Auch das Vorliegen mehrerer Risikofaktoren bedeutet nicht automatisch, dass eine Frau tatsächlich an Brustkrebs erkrankt.

## Nicht beeinflussbare Risikofaktoren

**Lebensalter:** Die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu erkranken, steigt um das 40. Lebensjahr deutlich an.

Es gibt noch weitere Faktoren, die eine Rolle spielen:

**Brustkrebs in der Familie:** Eine Frau, deren Mutter oder Schwester schon einmal an Brustkrebs erkrankt ist, hat ein

höheres Risiko, ebenfalls zu erkranken.

**Vorangegangene Brustkrebserkrankung:** Ist eine Frau bereits an einer Brust erkrankt, so besteht ein erhöhtes Erkrankungsrisiko auch für die andere Brust.

**Frühe Regelblutung, späte Wechseljahre:** Je länger das Brustdrüsengewebe dem zyklischen Einfluss der weiblichen Hormone ausgesetzt ist, desto höher ist das Risiko.

**Genetisches Risiko:** Die genetische Ausstattung hat einen Einfluss auf das Brustkrebsrisiko, und ein kleiner Teil der Erkrankungen – Experten gehen von 5 Prozent aus – ist erblich bedingt. Bekannt sind bisher vor allem Veränderungen (Mutationen) der so genannten **Brustkrebsgene BRCA1 und BRCA2** (Abk. für engl. „Breast Cancer Gene“: Brustkrebsgen). Liegt in einem dieser Gene eine Mutation vor, steigt das Risiko einer Frau, bis zum 85. Lebensjahr an Brustkrebs zu erkranken auf bis zu 80 Prozent.

## Beeinflussbare Risikofaktoren: Lebensstil

**Geburten:** Frauen, die nie geboren haben oder das erste Kind erst nach dem 30. Lebensjahr bekommen, haben ein erhöhtes Risiko. Umgekehrt verringert jede Schwangerschaft das Brustkrebsrisiko.

Der günstige Effekt von Geburten wird weiter verstärkt, wenn die Frau ihr Kind stillt .



**Ernährung:** Die Ernährungsweise beeinflusst das Erkrankungsrisiko ebenfalls. Vor allem kalorienreiche Ernährung scheint eine Rolle zu spielen: Frauen mit Übergewicht nach der Menopause erkranken häufiger als der Durchschnitt. Die Menge an Obst und Gemüse, die eine Frau zu sich nimmt, scheint weniger bedeutsam zu sein. Trotzdem ist diese Ernährungsweise natürlich gesund und sollte bevorzugt werden. Wer viel Obst und Gemüse isst, hat zudem auch seltener Übergewicht.

Frauen, die regelmäßig **Alkohol** trinken, erkranken ebenfalls häufiger als der Durchschnitt.

**Rauchen:** Rauchen – sowohl aktiv wie passiv – birgt ein gewisses Risiko.

**Risikomindernd** wirken sich regelmäßige sportliche Betätigung und körperliche Aktivität aus.

**Hormonpräparate:** Die Einwirkung der weiblichen Geschlechtshormone, insbesondere der Östrogene, beeinflusst das Brustkrebsrisiko. Je länger die Spanne im Leben, während der die Hormone auf die Brust einwirken, desto mehr erhöht sich das Risiko. Bei Hormonpräparaten muss man unterscheiden zwischen solchen zur Empfängnisverhütung („Pille“) und der Behandlung von Beschwerden, die während der Wechseljahre auftreten können („Hormonersatztherapie“).

Nach dem derzeitigen Kenntnisstand wird das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, durch die Einnahme der **Pille** allenfalls geringfügig erhöht. Die **Hormonersatztherapie** gegen Wechseljahresbeschwerden erhöht das Brustkrebsrisiko stärker, wie große Studien in den letzten Jahren deutlich gezeigt haben. Dabei hat sich auch herausgestellt, dass die kombinierte Hormongabe, also Östrogen plus Gelbkörperhormon (Gestagen), ein höheres Brustkrebsrisiko birgt als die alleinige Östrogentherapie. Bei einer Behandlung über mehr als fünf Jahre, ist das Risiko gegenüber Frauen, die nie Hormone eingenommen haben, praktisch verdoppelt.

### Anzeichen für Brustkrebs und Früherkennungsmöglichkeiten

Brustkrebs bereitet im frühen Stadium keine Beschwerden oder Schmerzen. Dennoch gibt es einige Anzeichen, die auf Krebs hindeuten könnten. Sie sollten eine Frau immer zum Arzt führen, um die genaue Ursache feststellen zu lassen, auch wenn meist kein Krebs dahinter steckt.

#### Solche Anzeichen sind:

- neu aufgetretene Knoten oder Verhärtungen in der Brust
- eine neu aufgetretene Größendifferenz der Brüste
- ein unterschiedliches Verhalten der Brüste beim Heben der Arme
- Einziehung der Haut an einer Stelle oder Einziehung einer Brustwarze
- Veränderungen einer Brustwarze
- einseitige wasserklare oder blutige Absonderungen aus einer Brustwarze
- eine plötzlich auftretende, nicht mehr abklingende Hautrötung im Bereich der Brust
- Knoten in der Achselhöhle

Wird Brustkrebs rechtzeitig erkannt, verbessern sich die Erfolgsaussichten der Behandlung entscheidend. Die Größe des Tumors spielt dafür eine ganz entscheidende Rolle.

Frauen sollten die Selbstuntersuchung einmal im Monat durchführen, am besten eine Woche nach Beginn der Regelblutung: dann ist das Drüsengewebe weich. Frauen in den Wechseljahren und danach nehmen immer den gleichen Tag im Monat.

Ideal ist es, die Brüste im Liegen in Halbseitenlage zu untersuchen. Auch der Bereich zwischen Brust und Achselhöhle und die Achselhöhle sollten abgetastet und ein einmal gewähltes Abtastschema beibehalten werden.

Mit einiger Übung kennt eine Frau die „Drüsenlandschaft“ ihrer Brust und die Veränderungen im Monatszyklus gut und kann Unregelmäßigkeiten erspüren. Ist dies der Fall, so sollte eine Abklärung beim Arzt erfolgen

# Bedeutung der Mammografie für die Früherkennung von Brustkrebs

Weitaus besser für die Früherkennung von Brustkrebs geeignet ist die Mammographie, eine spezielle Röntgenuntersuchung der Brust. Die Mammographie erlaubt mit hoher Treffsicherheit den Nachweis von Veränderungen in der Brust, lange bevor sie als Knoten oder Verhärtung in Erscheinung treten. Kleine, in Grüppchen liegende Kalkherde (Mikrokalk), die sich im Röntgenbild sehr gut als weiße Flecke darstellen, sind Zeichen für Umbauvorgänge und können erste Hinweise auf Brustkrebswachstum sein. Die Mammographie ermöglicht im Gegensatz zum Tasten eine echte Frühdiagnose von Brustkrebs mit deutlich besseren Heilungschancen. Eine besondere Bedeutung hat das Mammographiescreening. Dabei werden Frauen zwischen dem 50. und dem 69. Lebensjahr alle zwei Jahre zur Mammographie geladen.

Ergänzend zur Mammographie kann eine Ultraschalluntersuchung sinnvoll sein. Mit ihr lassen sich vor allem Zysten – flüssigkeitsgefüllte Hohlräume, die beim Tasten auch als Knoten

erscheinen können – sehr gut erkennen. Eine Kernspintomografie der Brust kommt in speziellen Situationen in Betracht, zum Beispiel wenn vermutet wird, dass an mehreren Stellen in der Brust Tumore wachsen.

## Sicherung der Diagnose

Mit keinem der bildgebenden Verfahren lässt sich sicher feststellen, ob eine gefundene Veränderung gut- oder bösartig ist. Dies ist nur durch die feingewebliche (histologische) Untersuchung einer Gewebeprobe aus dem verdächtigen Bezirk möglich (Biopsie).

Bei Verdacht auf Brustkrebs raten Ärzte heute zur **Stanzbiopsie**. Eine neuere Technik, die **Vakuumbiopsie**, erlaubt manchmal auch die komplette Entfernung eines verdächtigen Bezirks zur feingeweblichen Untersuchung. Sie wird vor allem bei nicht tastbaren Veränderungen empfohlen.

## Charakterisierung des Tumors

Bei der Untersuchung der entnommenen Gewebeproben erfolgt durch den Pathologen die Beschreibung der Art des Brustkrebses (feingeweblicher Typ) und eine Untersuchung auf **Hormonrezeptoren**.

„Rezeptoren“ sind Bindungsstellen auf oder in Zellen, über die Signale von außen in die Steuerungszentrale der Zelle vermittelt werden. Wie normale Brustdrüsenzellen haben auch die daraus entstandenen Krebszellen oft Rezeptoren für die weiblichen Hormone Östrogen und Progesteron. Das bedeutet, dass ihr Wachstum durch diese Hormone gefördert wird.

Bestimmt werden heute auch die so genannten **HER2-Rezeptoren** – Bindungsstellen für Wachstumsfaktoren, die Krebszellen zur Teilung anregen. Es hat sich gezeigt, dass das vermehrte Vorhandensein von HER2-Rezeptoren mit einem ungünstigeren, aggressiveren Verlauf einhergeht.

Eine wichtige Frage nach der Diagnose eines Tumors in der Brust ist, ob sich die Erkrankung bereits im Körper ausgebreitet hat, ob sich also an anderen Stellen des Körpers Krebszellen abgesiedelt und Tochtergeschwülste (**Metastasen**) gebildet haben. Dazu wird die Lunge geröntgt, das Knochengüst mit einer Skelettszintigrafie und die Leber mit Hilfe von Ultraschall untersucht. Ergänzend können auch Schichtaufnahmen verschiedener Körperbereiche mit Hilfe der Computer- oder Kernspintomografie erfolgen. Diese Untersuchungen



dienen der Stadieneinordnung („**Staging**“) der Erkrankung, was für die Behandlungsplanung wichtig ist.

Eine Untersuchung des Blutes gehört ebenfalls zum Programm. Außerdem können Tumormarker bestimmt werden, die bei Brustkrebs häufig erhöht sind: CEA und CA15-3. Tumormarker sind Substanzen, meist Zucker-Eiweißstoffe, die von Krebszellen oft vermehrt freigesetzt werden



# Therapieübersicht

Stützpfeiler der Therapie ist die **Operation**, die vollständige chirurgische Entfernung des Tumors aus der Brust, die heute meist brusterhaltend erfolgen kann. Nach brusterhaltender Operation erfolgt immer, nach Entfernung der ganzen Brust in bestimmten Fällen zusätzliche eine **Strahlentherapie**. Bis auf wenige Ausnahmen schließt sich eine ergänzende (adjuvante) medikamentöse Behandlung an – als **Hormon- oder Chemotherapie**.

Die Behandlung von Brustkrebs sollte an einer Klinik erfolgen, die über ausreichende Erfahrung verfügt und an der alle in die Diagnostik und Therapie eingebundenen medizinischen Fachgebiete vertreten sind. Krankenhäuser die bestimmte Kriterien erfüllen, können heute das Zertifikat „Brustzentrum“ erlangen.

## Operation

Bei vielen Patientinnen ist eine **brusterhaltende Operation** möglich, bei der nur der Tumor mit einem Randsaum von gesundem Gewebe entfernt wird. Große Studien haben gezeigt, dass dieses Vorgehen keine Nachteile hat: Die Heilungschancen sind gleich gut wie bei Entfernung der ganzen Brust (Mastektomie).

Wenn der Tumor für eine brusterhaltende Operation zu groß ist, kann gegebenenfalls versucht werden, ihn mit einer vorgeschalteten Chemotherapie zu verkleinern (sogenannte **neoadjuvante Chemotherapie**).

Die Schnittführung bei der brusterhaltenden Operation wählt der Chirurg so, dass für das Aussehen der Brust ein mögliches günstiges Ergebnis erzielt werden kann. Ziel des Eingriffs ist es, den Tumor sicher zu entfernen und gleichzeitig soviel gesundes Gewebe wie möglich zu erhalten. Auch bei brusterhaltender Operation kann es nötig sein, den Gewebeverlust operativ durch Verschiebung von Gewebe auszugleichen. In jedem Fall muss der Tumor komplett herausoperiert werden, und die Schnittländer sollen bei der feingeweblichen Untersuchung frei von Tumorzellen sein (sogenannte R0-Resektion: kein Tumorrest).

Nur bei wenigen Patientinnen ist eine **Mastektomie** unumgänglich: wenn an mehreren Stellen in der Brust Tumore

**Das Brustgesundheitszentrum Brixen - Meran- Partner der Universität Innsbruck ist als einziges Brustzentrum in Südtirol nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie zertifiziert.**

**In regelmäßigen Abständen wird Leistung und Erfolg der Behandlung von auswärtigen Experten überprüft. Wir können damit unseren Patientinnen Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau anbieten.**



wachsen, wenn es sich um ein entzündliches (inflammatorisches) Karzinom handelt, aber auch wenn mit der brusterhaltenden Operation und ggf. einer Nachoperation keine vollständige Tumorentfernung gelang oder wenn eine Nachbestrahlung nicht möglich ist oder von der Patientin abgelehnt wird.

Die Entfernung der Achsellymphknoten auf der betroffenen Seite ist derzeit fester Bestandteil der Brustkrebsoperation. Sie dient der Feststellung, ob und wie viele Lymphknoten von Tumorzellen befallen sind, was Konsequenzen für die weitere Behandlung hat. Statt der bisher üblichen umfangreichen Operation der Achselhöhle (Fachbegriff: Axilladisektion) mit Entfernung von mindestens zehn Lymphknoten ist es ausreichend, nur einen bestimmten Lymphknoten – den sogenannten Wächter – oder **Sentinel-Lymphknoten** – herauszunehmen. Dies ist nach der Definition der erste Lymphknoten im Lymphabflussgebiet des Tumors. Er lässt sich durch Einspritzung einer leicht radioaktiven Lösung, manchmal zusammen mit einem Farbstoff, in das Brustgewebe identifizieren: Die Markierungsstoffe werden über das Lymphsystem abtransportiert. Der erste Lymphknoten, den sie erreichen, ist der Wächterlymphknoten.

# Bestrahlung, Hormontherapie und Chemotherapie

Mit energiereichen Strahlen lassen sich bösartige Zellen zerstören oder in ihrem Wachstum hemmen. Die Strahlen schädigen das Erbgut der bestrahlten Zellen. Da Krebszellen ein weniger gut arbeitendes Reparatursystem besitzen als gesunde Zellen, können sie Schäden, die durch die Strahlen hervorgerufen wurden, nicht mehr beheben – die Zelle stirbt ab. Die Strahlen- oder Radiotherapie ist zusätzlich zur operativen Entfernung des Tumors und zur medikamentösen Therapie die am häufigsten angewendete Behandlung bei Brustkrebs. Sie ist in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt und verbessert worden. Die Strahlenbehandlung dient der Zerstörung von Krebszellen, die nach der Operation möglicherweise in der Brust zurückgeblieben sind. Routinemäßig erfolgt sie nach brusterhaltender Operation

## Hormontherapie

Brustkrebs ist häufig „hormonabhängig“: Hormone – genauer gesagt das weibliche Geschlechtshormon Östrogen – regen die Krebszellen zum Wachstum an. Dies ist zu erwarten, wenn in den Zellen Hormonrezeptoren nachgewiesen wurden, was bei rund drei Viertel aller bösartigen Tumoren der Brustdrüse der Fall ist. Dann lässt sich das Wachstum der Krebszellen durch die Gabe entsprechend entgegengesetzt wirkender Hormone, so genannter „Anti-Hormone“, bremsen. Enthalten die Tumorzellen keine Hormonrezeptoren, ist eine entsprechende Behandlung nicht sinnvoll.

Neben der Ausschaltung der Eierstockfunktion gibt es verschiedene andere Möglichkeiten, die Wirkung von Östrogenen an Brustkrebszellen zu unterbinden. Anti-Östrogene sind Substanzen, die die Rezeptoren für Östrogene in den Tumorzellen besetzen und blockieren. Das bekannteste und am besten untersuchte Anti-Östrogen ist Tamoxifen, das in Brustkrebszellen die Östrogenwirkung unterdrückt, während es in anderen Geweben eine gewissen östrogenartige Wirkung entfaltet.

Bei Frauen nach den Wechseljahren, bei denen die Eierstöcke ihre Funktion eingestellt haben, werden Östrogene weiterhin, wenn auch in geringerer Menge, im Fettgewebe, in der Muskulatur und auch in Brustkrebszellen selbst aus Hormonvorstufen gebildet. Dies lässt sich durch so genannte Aromatase-Hemmstoffe unterbinden.

Wird die Hormontherapie ergänzend zur Operation (adjuvant) eingesetzt, dauert sie mehrere Jahre, bei der Behandlung von Metastasen so lange die Patientin einen Nutzen davon hat.

Eine Hormonbehandlung ist in der Regel relativ gut verträglich, aber eben nicht nebenwirkungsfrei. Besonders wenn sie über mehrere Jahre fortgeführt wird, fallen für die Patientinnen, die sich ja ansonsten meist wieder völlig gesund fühlen, auch weniger schwere Nebenwirkungen ins Gewicht. Es ist wichtig, auf diese Nebenwirkungen, die sich in erster Linie aus dem Wegfall der Östrogenwirkung auf den Körper ergeben, vorbereitet zu sein.

## Chemotherapie

Bei einer Chemotherapie kommen zellteilungshemmende Medikamente – so genannte Zytostatika – zur Anwendung. Wie die Hormonersatztherapie ermöglicht die Chemotherapie eine „systemische“, das heißt im ganzen Körper wirksame Behandlung. Die als Infusion, Injektion oder Tablette verabreichten Wirkstoffe verteilen sich in alle Gewebe und Organe des Körpers und können auf diese Weise auch nicht erkennbare Tumorherde erreichen oder zerstören.

Zytostatika greifen in erster Linie Krebszellen an. Es können jedoch auch andere schnell wachsende Zellen oder spezielle Organe und Gewebe in Mitleidenschaft gezogen werden. Daraus ergeben sich die Nebenwirkungen der Behandlung. Beeinträchtigt sind häufig die blutbildenden Zellen des Knochenmarks, die Zellen der Haarwurzeln, die Magen und Darmschleimhautzellen sowie die Zellen der Mundschleimhaut. Zu den häufigsten Nebenwirkungen, die bei einer



Therapie mit Zytostatika auftreten können, zählen Veränderungen der Blutwerte, Haarausfall, Übelkeit und Erbrechen, Müdigkeit und Mattigkeit (Fatigue), Appetitlosigkeit, Durchfall und allgemeines Unwohlsein.



# Molekularbiologisch begründete Therapieansätze und Immuntherapie

Das zunehmende Wissen darüber, wie Wachstum und Vermehrung von Krebszellen beeinflusst werden, eröffnet neuartige Ansatzpunkte für Behandlungsformen, die gezielter als die Chemotherapie in das Tumorwachstum eingreifen. Dazu zählt zum Beispiel die **Unterdrückung von Wachstumssignalen** in Krebszellen. Einige der für das Krebswachstum wichtigen Signalwege sind bereits gut untersucht. Verschiedene Antikörper oder kleine Moleküle, die solche Signalwege unterbrechen können, sind in

Entwicklung. Ansatzpunkt ist meist die Bindungsstelle, der Rezeptor, von wo aus das Signal in die Zelle vermittelt wird.

Ein Medikament, das auf diese Art wirkt, wird bereits für die Behandlung von Brustkrebs in bestimmten Situationen eingesetzt: der Antikörper **Trastuzumab („Herceptin“)**, der die Bindungs- oder Andockstelle (Rezeptor) für einen wachstumsfördernden Botenstoff (Wachstumsfaktor) blockiert.

## Plastische Chirurgie



Ein operativer Wiederaufbau der Brust kann durch das Einlegen einer inneren Prothese (eines Implantats) oder unter Verwendung von körpereigenem Gewebe erfolgen. Es ist auch möglich, beide Methoden miteinander zu kombinieren. Ein Brustaufbau ist prinzipiell jederzeit möglich. Er kann gleichzeitig mit der Tumoroperation zumindest begonnen werden oder erst nach drei bis sechs Monaten erfolgen, wenn die Operationswunden vollständig verheilt sind. Auch ein späterer Zeitpunkt ist möglich.

Innere Prothesen bestehen aus einer Kunststoffhülle, die heute meist mit Silikon-Gel gefüllt ist. Verbleibt nach Abnahme der Brust ein genügend großer Hautmantel, kann die innere

Prothese direkt eingelegt werden. Ist dies nicht der Fall, wird zunächst ein Kunststoffbeutel, ein so genannter Expander, unter den Brustmuskel gelegt. Innerhalb weniger Wochen wird der Beutel allmählich mit Flüssigkeit, meist Kochsalzlösung, aufgefüllt und danach etwa zwei bis drei Monate belassen. Sobald die Haut auf diese Weise ausreichend gedehnt ist, wird der Expander während eines kurzen Eingriffs gegen die endgültige Prothese ausgetauscht.

Die Brustwarze kann z.B. durch eine Hautverpflanzung nachgeahmt werden, beispielsweise indem ein Teil der gegenseitigen Brustwarze übertragen wird. Durch eine Tätowierung kann der Warzenhof nachgezeichnet werden. Die Rekon-

struktion und/oder die Tätowierung sollten erst erfolgen, wenn die neue Brust sich etwas gesenkt und ihre endgültige Form erlangt hat.

Das größte Problem bei Silikonprothesen ist die Gefahr, dass sich Bindegewebe um den „Fremdkörper“ bildet, was zu einer Verhärtung und Verformung der Brust führen kann. Mit den heute verwendeten Hüllmaterialien soll dieses Risiko allerdings geringerer sein. Die Gefahr eines Austretens von Silikon im Falle einer Verletzung der Prothesenhülle besteht bei den modernen Implantaten nicht mehr, denn die heute verwendeten Silikongele sind nicht mehr flüssig, sondern der Dichte von normalem Brustgewebe sehr ähnlich.

Beim **Brustaufbau mit Eigengewebe** werden Haut- und Muskelgewebe aus anderen Körperpartien verschoben oder verpflanzt. Es gibt verschiedene Verfahren. Wird Gewebe verschoben, bleibt die Blutversorgung für das Gewebe ständig erhalten (so genannte gestielte Lappentransplantation), bei der Verpflanzung, auch freie Transplantation genannt, wird die Blutzufuhr kurzfristig unterbrochen. Für die Gestaltung einer kleineren Brust kann Gewebe aus Haut, Fett und Muskulatur vom Rücken durch die Achselhöhle zur Brustwand hin verschoben werden (Latissimus-dorsi-Lappen). Soll eine größere Brust wieder aufgebaut werden, setzt man häufig Gewebe aus dem Unterbauch ein, das entweder gestielt oder frei transplantiert werden kann. Auch bei schlanken Frauen

lässt sich dort in der Regel ein ausreichend großer Lappen aus Haut, Muskel und Fettgewebe entnehmen (Transverser Rectus-abdominis-Lappen, TRAM-Lappen).

Eine neuere, nach bisher vorliegenden Erfahrungen weniger belastende Methode des Brustaufbaus ist die Verwendung von Bauchfettgewebe ohne zusätzliche Muskulatur. Ein ellipsenförmiges Stück wird aus dem Unterbauch entnommen und als Gewebersatz in der Brust verpflanzt, wobei auch die Blutgefäße mikrochirurgisch verbunden werden müssen, um die Blutversorgung zu gewährleisten (DIEP-Lappen). Dies gilt auch für die anderen Formen von „freien“ Gewebestransplantationen. So kann auch ein Lappen aus Fettgewebe und Haut aus dem Gesäß entnommen und frei verpflanzt werden.

Operationen zum Brustaufbau mit Eigengewebe sind aufwändiger und belastender als die Einlage einer Prothese aus Kunststoff, allerdings sind die langfristigen kosmetischen Ergebnisse meist besser. Es besteht aber immer ein gewisses Risiko, dass das transplantierte Gewebe nicht ausreichend durchblutet wird und nicht richtig anwächst. Um zu erreichen, dass beide Brüste ähnlich aussehen, kann es nach der Brustrekonstruktion erforderlich sein, die gesunde Seite operativ in Form und Größe anzugleichen. Ist die gesunde Brust beispielsweise zu groß oder zu hängend, kann sie verkleinert oder angehoben werden, um den Unterschied zur neuen Brust zu verringern.

## Komplementärmedizin

Über die beschriebenen erprobten Behandlungsverfahren wie Operation, Chemotherapie oder Bestrahlung hinaus wird Krebspatientinnen eine Vielzahl von weiteren Medikamenten und Therapiemethoden angeboten. Man spricht von Komplementärmedizin. Es sollte eine Ergänzung des therapeutischen Angebots sein, aber keine „alternative“ Medizin. Über 70% aller Patientinnen fragen nach Leistungen der Komplementärmedizin. Sie erwarten sich eine verbesserte Lebensqualität, Stärkung des Immunsystems, Verminderung von Therapienebenwirkungen usw. Viele Angebote der Komplementärmedizin sind wissenschaftlich nicht evaluiert.

Im Unterschied zur Schulmedizin stellt die Komplementärmedizin die salutogenetische Sichtweise in den Vordergrund. Nicht die Krankheit wird in den Mittelpunkt gestellt, sondern die gesundmachenden Faktoren. Es wird die aktive Rolle des Patienten betont, es sollte Hilfe zur Selbsthilfe angeboten werden. Die Ressourcen die eine Patientin hat, sollten wieder in den Vordergrund gebracht werden.

Komplementärmedizin möchte Wirkungen der Schulmedizin verbessern, Nebenwirkungen abschwächen, die Lebensqualität steigern. Auch sollte das Immunsystem gestärkt und die Selbstheilungskräfte angeregt werden.



Komplementäre Onkologie muss weiter wissenschaftlich erforscht werden, kann auch Nebenwirkungen haben, kann Wirkungen verstärken und auch abschwächen. Nur in guter Zusammenarbeit mit allen Therapeuten ist die Anwendung der Komplementärmedizin sinnvoll und zielführend.



# Psychoonkologie: Brustkrebs und die innere Verletzung



Eine Brustkrebserkrankung ist für viele Frauen ein einschneidendes, manchmal traumatisches Erlebnis. Frauen erfahren durch die Diagnose Brustkrebs häufig eine tiefgreifende Erschütterung ihres Frauseins. Befürchtungen bezüglich des eigenen Leidens und Überlebens treten auf. Viele Frauen haben zum Zeitpunkt der Diagnose Kinder, welche noch zu Hause wohnen.

In der ersten Phase nach dem Warten auf die Untersuchungsergebnisse, welche eine lange Zeit der Unsicherheit und Befürchtung bedeuten kann, kommt die Bestätigung der Diagnose. Dann die Operation, in der Hoffnung, es sei vorbei; der Tumor ist entfernt und damit die unmittelbare Bedrohung. Im besten der Fälle ist die medizinische Behandlung damit beendet, andernfalls kommt es zu einer weiteren Operation und/oder einer Reihe von zum Teil langjährigen belastenden Behandlungen mit unterschiedlichen Nebenwirkungen.

## Warum gerade ich?

Quälende Fragen nach dem „warum habe ich Krebs bekommen“ und „wieso gerade ich“ finden häufig keine zufriedenstellenden Antworten. Wir wissen heute aus wissenschaftlichen Untersuchungen, dass es bislang keine Bestätigung für einen Einfluss der Psyche auf die Krebsentstehung gibt, auch wenn jede Frau Gründe findet, die subjektiv für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden. Diese Theorien haben aber auch einen Sinn: Sie geben eine Erklärung und damit Sicherheit und Halt und das Gefühl etwas tun zu können, um dem Krebs nicht völlig ausgeliefert zu sein. Sie geben auch Hoffnung auf Rettung und die Kraft selbst etwas zu tun. Unabhängig davon, ob diese Erklärungen richtig sind, handelt es sich immer um innere Konfliktbereiche; die Frauen hatten nicht die Kraft oder den Mut diese zu verändern. Manchmal ist es erst im Angesicht einer Todesbedrohung möglich zu erkennen, dass eigene Anteile und Bedürfnisse zu oft hinten angestellt wurden.

## Bewältigungsstrategien

Im Umgang mit der Krebserkrankung sind vor allem jene Bewältigungsstrategien sinnvoll, die eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung ermöglichen. Sich zurückziehen, schweigen, sich ergeben, sind Strategien, die nicht Ziel führend sind. Aber auch der häufig gutgemeinte Rat des positiven Denkens ist nur bedingt sinnvoll, weil unrealistisch und wenn es nicht gelingt, kann dies unnötige Schuldgefühle erzeugen. Erstrebenswerter ist ein sinnvolles aktives Suchen nach Strategien, die ein ausgeglichenes Leben ermöglichen, mit dem Ziel der Konfrontation mit der Erkrankung und der Suche nach den angenehmen Seiten des Lebens. Es geht um das Leben trotz der Erkrankung.

Gespräche mit nahen Bezugspersonen, Partner und Freunden sind eine weitere Möglichkeit sich nicht zu verschließen, sich nicht in Scham und Angst zurück zu ziehen und nicht im Grübeln zu enden. Das offene Gespräch mit dem Partner soll gesucht werden, um die möglichen und verständlichen Schwierigkeiten, die in der Partnerschaft und Sexualität auftauchen können zu verringern. Dabei ist Information ein wichtiger Bestandteil, zumal bestimmte Therapien als Nebenwirkung sowohl depressive Verstimmungen als auch sexuelle Lustlosigkeit und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr zur Folge haben können. Mangel an richtigen Informationen, kann es leicht zu Schuldgefühlen und Schuldzuweisungen kommen.

Ein klares Mitteilen von Bedürfnissen, sowohl bei Freunden und Bekannten wie beim Partner kann vielen Schwierigkeiten entgegenwirken. Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit der neuen Situation führen leicht zu Missverständnissen, die im Laufe der Zeit zu immer mehr Spannungen führen können. Nur offene Gespräche und damit die gemeinsame Suche nach Möglichkeiten können Ängsten, Depressionen und Schwierigkeiten entgegenwirken und wirkliche Nähe und Verständnis schaffen.

## Reaktionen

Wenn Frauen eine stark erhöhte Stimmungs labilität bemerken, häufiges Grübeln und Traurigkeit, hartnäckige Ein- und Durchschlafstörungen, starke Ängste in krankheitsunabhängigen Situationen, Probleme mit Angehörigen-Freunden-Partner, starke Antriebslosigkeit über längere Zeit, sich sozial isolieren, dann kann es sein, dass bisherige Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen und sie sich fachliche Hilfe suchen sollten.

Männer und Frauen reagieren in Belastungssituationen unterschiedlich, wodurch Spannungen auftreten können. Die Verarbeitung erfolgt geschlechtsspezifisch unterschiedlich und zu verschiedenen Zeitpunkten. Ängste, die auftauchen, werden unterschiedlich bewältigt. Während Frauen eher das Gespräch suchen und darin Halt und Sicherheit, Nähe und



Verständnis finden, tendieren Männer dazu emotionale Situationen zu meiden, weil diese als destabilisierend, handlungshinderlich und bedrohlich erlebt werden.

### **Krebserkrankung, Partner und Familie**

Für Beziehungen kann eine Krebserkrankung eine starke Herausforderung sein, die entweder bisherige Strukturen noch stärker in eine Richtung fixiert oder aber ins Wanken bringt. Sie kann somit eine Gefahr oder eine Chance für die Beziehung darstellen. Die Sexualität ist aufgrund der von Frauen erlebten Bedrohung ein besonders sensibler Bereich; das „Frausein“, Selbst- und Körperbild sind stark betroffen. Umso mehr brauchen Frauen Verständnis für die neue Situation, umso leichter sind sie verletzbar und auf Verständnis und Mitgefühl von Seiten des Partners und der Umgebung angewiesen. Die Angst vor Zurückweisung und nicht mehr begehrt zu sein kann groß sein. Und Frauen haben oft das Gefühl, dass sie mit ihren Problemen allein sind, dass es anderen Frauen nicht so geht. Daher können auch Gespräche mit anderen Betroffenen sehr sinnvoll sein. Als sehr belastend wird die

Frage des Umgangs mit den Kindern erlebt. Was soll den Kindern gesagt werden und wie und wie viel. Grundsätzlich gilt: Kinder haben sehr feine Antennen und reagieren je kleiner umso intuitiver. Tabus werden gespürt und die Atmosphäre genau wahrgenommen. Kinder haben oft nur die Eltern als Bezugspersonen und kein erweitertes Bezugssystem, um sich emotionale Sicherheit und Stütze zu holen. Es hat sich gezeigt, dass Kinder, die korrekt und altersentsprechend informiert sind, deutlich weniger Auffälligkeiten zeigen als Kinder, die Nicht-Wissen mit der eigenen Phantasie füllen und keine oder ausweichende Ansprechpartner haben. Die Phantasiegedanken sind meist schlimmer als die Realität. Kinder abschirmen wollen bedeutet Distanz schaffen und Distanz macht Angst. Es ist wahrscheinlich, dass Frauen in der Anfangsphase mit dieser zusätzlichen Aufgabe überfordert sind, müssen sie doch selbst erst einen Weg durch die Krankheit finden. Da braucht es dann zunächst den Partner, der diese Aufgabe übernimmt, sich informiert und mit den Kindern Gespräche führt. Wenn Frauen und Angehörige Stütze und Hilfe benötigen, können sie die vorhandenen fachlichen Beratungsstellen kontaktieren.