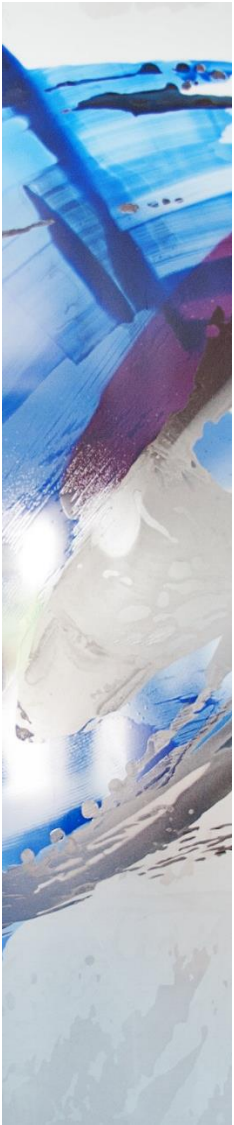


Basisvortrag DCIS & CLIS

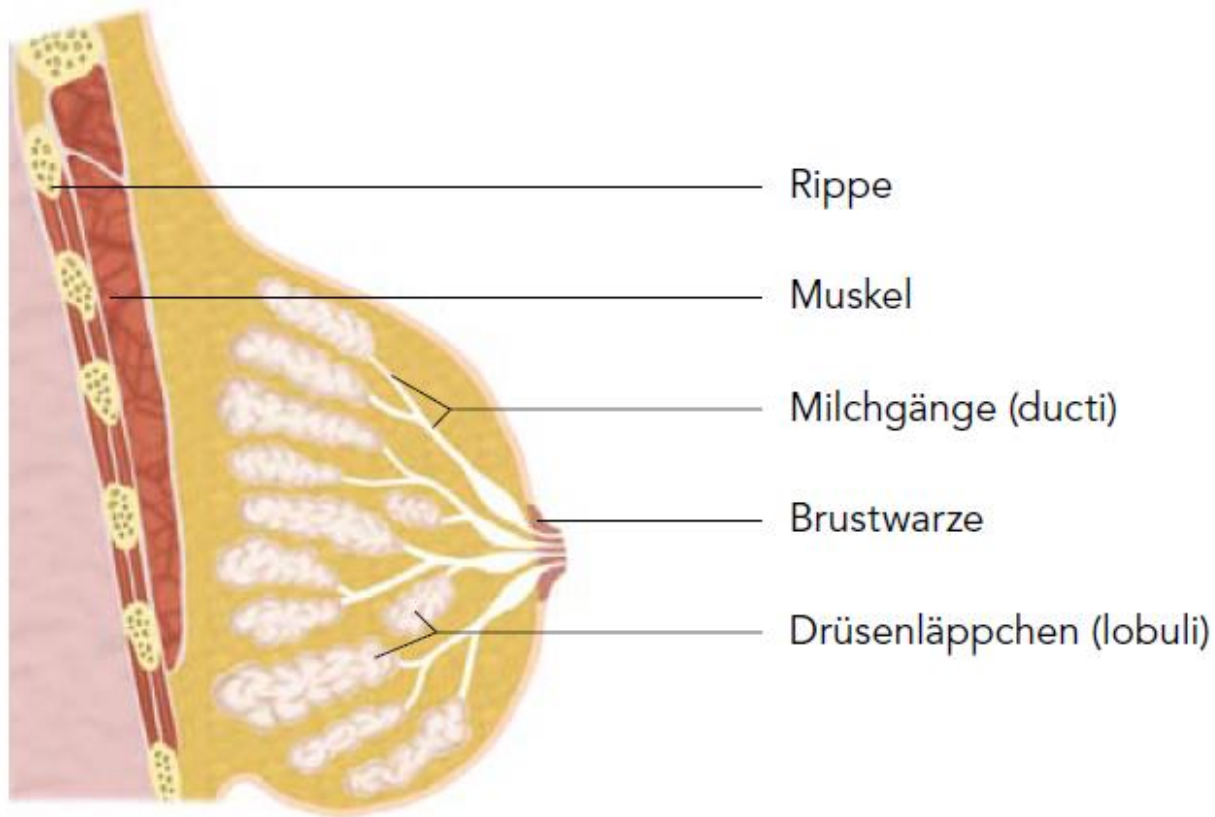
Vortrag des Interdisziplinären Beratungs- und Schulungsteams (IBuS)
- Abteilung Gesundheitspädagogik



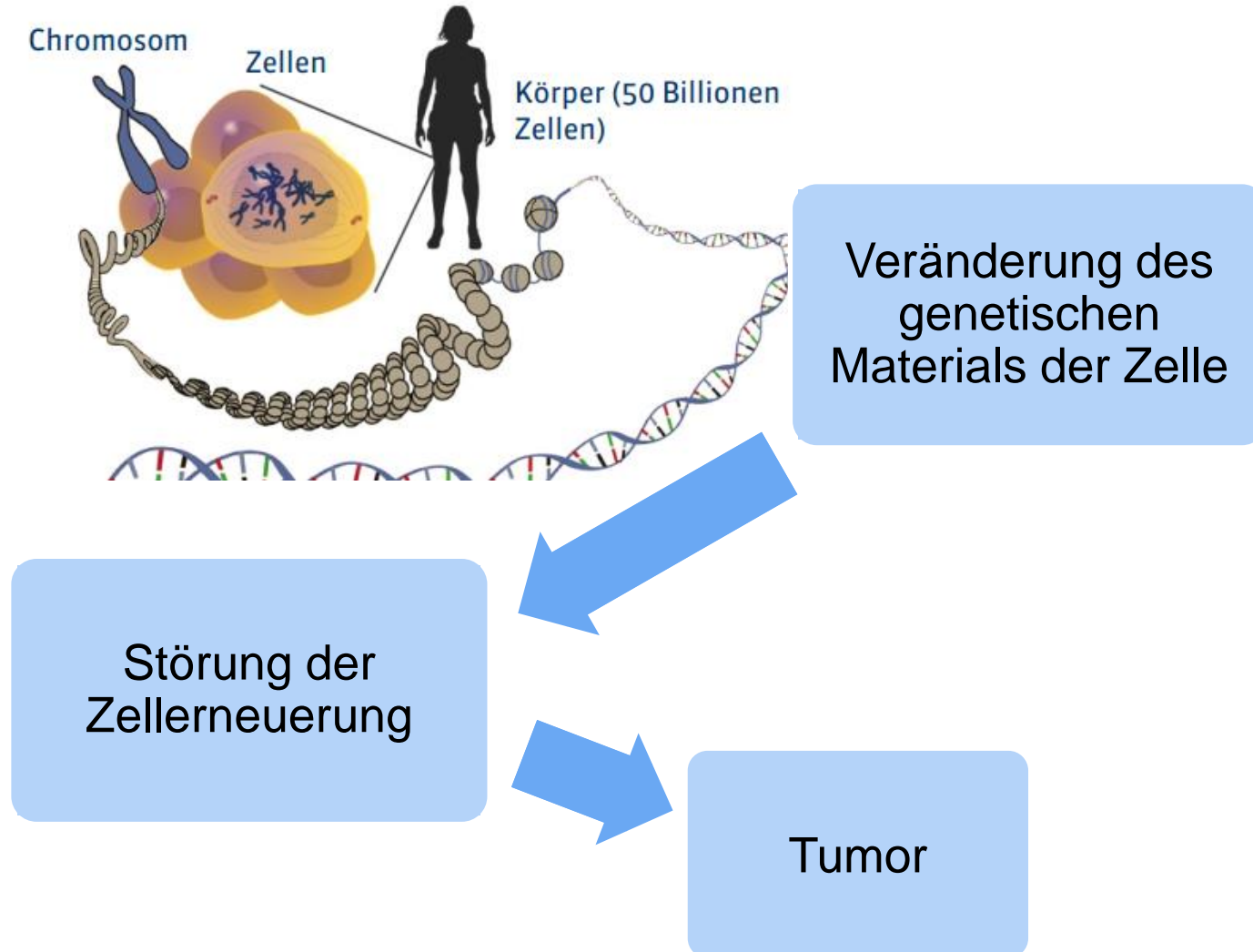
- Zahlen & Fakten
- Anatomie der weiblichen Brust
- Pathogenese: Krankheitsentstehung
- Abgrenzung Krebs von DCIS / CLIS
- Risikofaktoren
- Symptome
- Diagnose & Therapie (Tumorformel)
- Prognose
- Nachsorge

- Ca. 10.200 DCIS Erkrankungen in Deutschland / Jahr
→ 14% von den ca. 69.000 Brustkrebsneuerkrankungen
(Studie RKI von 2016)
- 2000 - 2008: Von 3.810 auf 11.162 Fälle gestiegen
(Krankenhausstatistik)
- Warum?
 - Mammographie - Screening - Programm
 - Befund entdeckt bevor klinisch relevant

Anatomie der weiblichen Brust

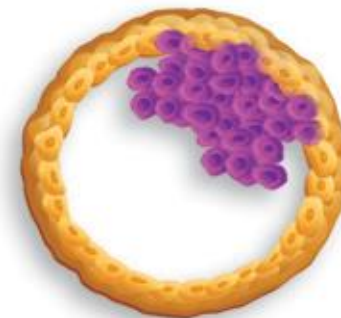
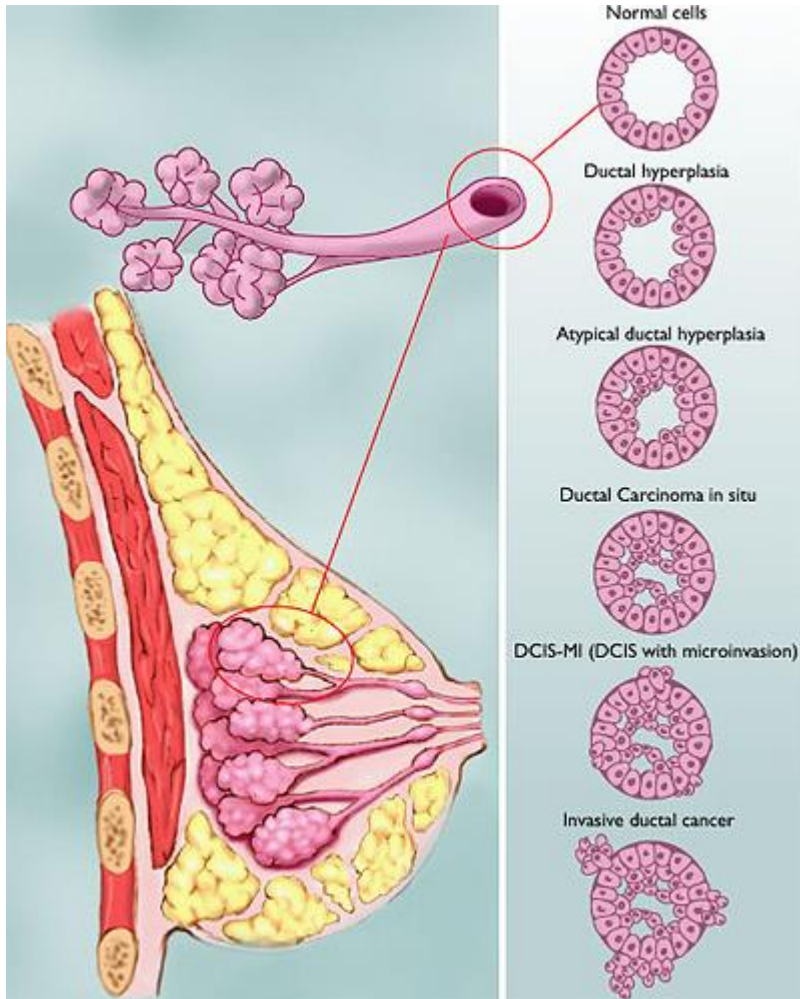


Pathogenese: Krankheitsentstehung



Krebs	DCIS / CLIS
<ul style="list-style-type: none">▪ Unkontrolliertes Wachstum, auch über Organgrenzen hinweg (invasives Wachstum) = Voraussetzung für Metastasierung	<ul style="list-style-type: none">▪ Ductales (die Milchgänge betreffendes) Carcinoma (Krebsgewebe) in situ (am festen Ort) → ca. 70 - 80%▪ Carcinoma (Krebsgewebe) lobulare (der Milchdrüsen) in situ (am festen Ort) → ca. 10 - 15%▪ WHO: Vorstufe zu Krebs, da in diesem Stadium noch keine Metastasen möglich sind.▪ Aber: Aus DCIS kann Brustkrebs entstehen!<ul style="list-style-type: none">▪ Abhängig von histologischem Typ (Tumoraggressivität)▪ Häufig / ggf. Übertherapie, weil Kriterien / Einflussfaktoren für Krebsentstehung noch nicht bekannt

DCIS / CLIS



IN SITU

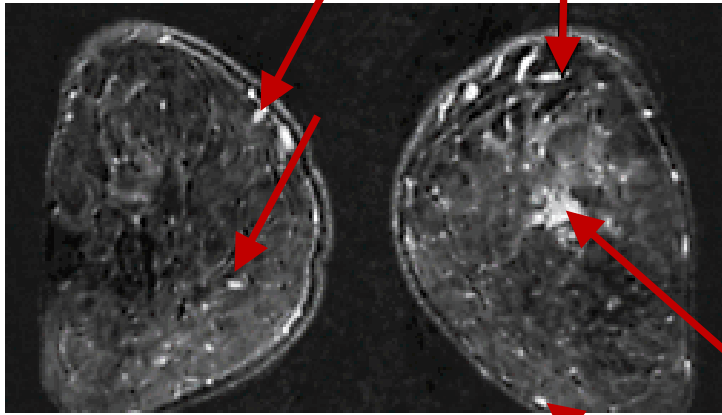
- Risikofaktoren:
 - Lebensstil → Übergewicht, Bewegungsmangel, Alkohol, Rauchen (Erkrankungsrate / Brustkrebs zw. 15 - 20% !)
 - Hormonelle Faktoren, z.B. längere Hormonersatztherapie (Östrogen & Gestagen)
 - Sehr dichtes Drüsengewebe: Mastopathie (Brustveränderung)
 - Familiär, genetisch



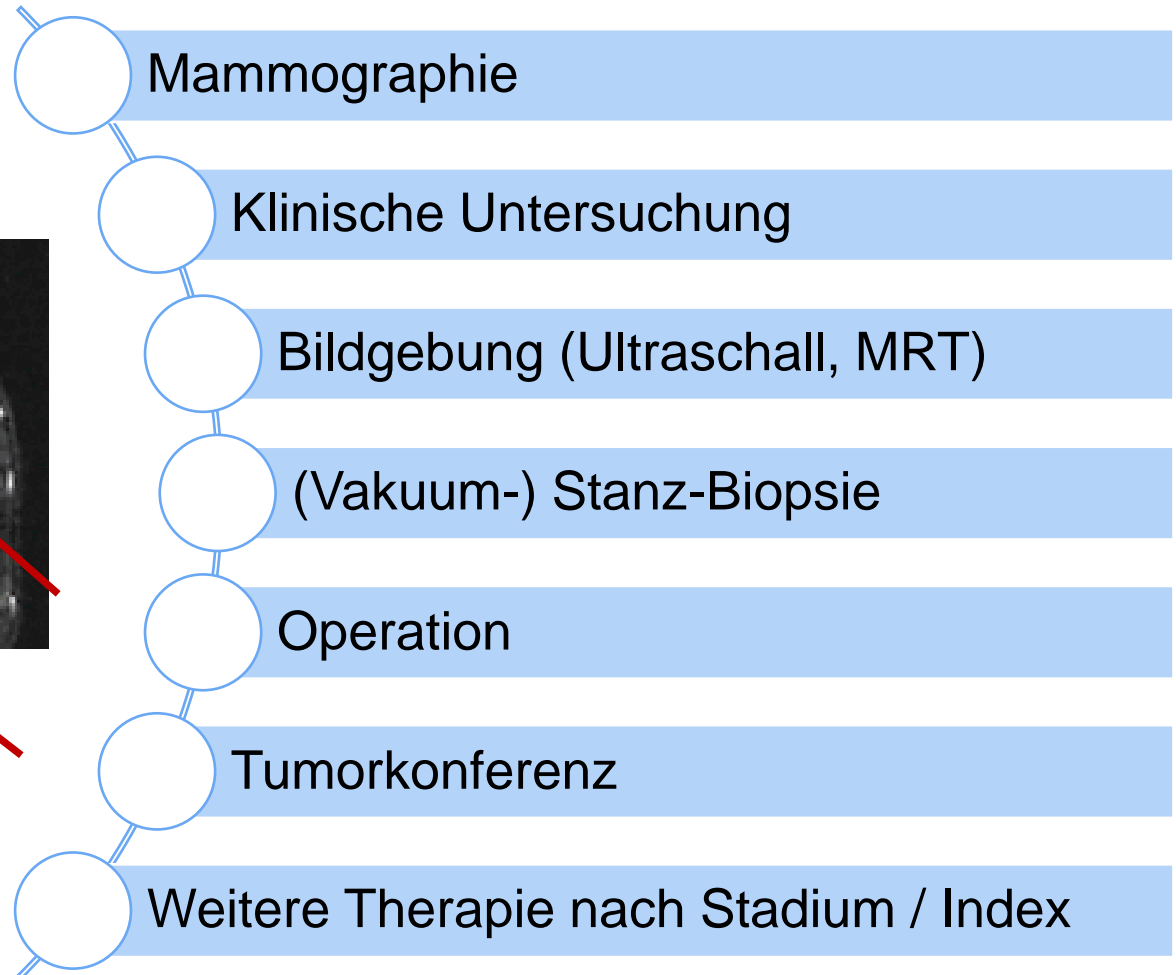
Symptome

- Unspezifisch
- Nicht tastbar
- Eher selten
 - Sekret aus Brustwarze
 - Schmerzen
- Zufallsbefund in der Mammographie
 - 20% aller auffälligen Mammographiebefunde





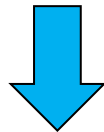
**Kleine verstreute
Verkalkungen in der Brust
geben den Hinweis.**



Therapie

Ziel:

Durch vollständige Entfernung der veränderten Zellen in den Milchgängen bzw. Milchdrüsenläppchen ...



- Verringerung des Risikos, dass später tatsächlich ein Karzinom entsteht
- Vermeiden, dass sich erneut diese Zellen bilden

Konsequenz:

Ausgedehnte Operation, manchmal ausgedehnter als bei Brustkrebs



Tumorformel

- Was für Informationen sind hier versteckt?
→ Bedeutung für Therapieansatz

pTis G2 R0 ER pos PR pos (Her-2-neu neg)

pTis G3 R1 ER neg PR neg (Her-2-neu neg)

T = Tumorgröße

G = Grad der Differenzierung (grading)

R = Randstatus

ER / PR = Hormonrezeptor

(HER-2-neu = Rezeptor, Wachstumsfaktor)

p = Pathologisches Stadium
(nach Gewebsuntersuchung)

c = Klinisches Stadium

- Lymphknotenstatus i. d. R. nicht, außer bei ausgedehntem Befund
(Bei einer Mastektomie Biopsie des Wächterlymphknotens)

Therapiemöglichkeiten

Lokal		Systemisch
Operation	Bestrahlung	Medikamente (Endokrine Therapie)

- Unterschiedliche Wirkweisen

Operation = Mittel der Wahl

- DCIS immer größer als das Kalkareal → In Mammographie
- Wichtig: Entfernung DCIS im Gesunden (= Rand nicht befallen)



Brusterhaltend (62%)

- Größe (-) Ausdehnung (-)
- Ausreichend tumorfreier Rand



Brustabnehmend (38%)

- Unregelmäßiges Wachstum, großflächige Ausdehnung
- Kein tumorfreier Rand
- Bei kleiner Brust und mehreren „Herden“

- Pathologischer Befund (R1) → Ggf. weitere Operation
- Nach der Operation, wenn ...

... Brusterhaltende Operation, dann Bestrahlung.

- Rezidivrisiko (-) bei mittlerer Ausprägung um 50% (AGO)
- Kein Einfluss auf Gesamtüberleben

... Entfernung der Brust, dann keine Bestrahlung.

Endokrine Therapie (nur selten → Risiko-Nutzen-Bewertung)

- Abhängig von Tumorgröße und Eigenschaften (z.B. ob Hormonrezeptor – oder +)
- Tamoxifen nur, wenn ER (+), bei großer Ausbreitung und aggressivem Tumor (nach neuer Studie geringer dosiert mit 5mg)



- Die Prognose ist bei richtiger Therapie sehr gut:
 - DCIS ist fast immer heilbar



- Wann?
 - Beginnt 3 Monate nach abgeschlossener Primärbehandlung
- Wieso?
 - Frühestmögliche Erkennung lokaler Rezidive / kontralaterales Karzinom
 - Management der Nebenwirkungen
 - Verbesserung der Lebensqualität, Begleit- oder Folgeerkrankungen zu erkennen
 - Therapietreue unterstützen
 - Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit / Überwachung der Medikamenteneinnahme



Nachsorge (AGO)

Zeit nach Primärtherapie	0 - 5 Jahre	> 6 Jahre
Inhalte: Gespräche, klinische Untersuchungen, Bildgebung, Blutbild, AGO empfiehlt 1x pro Jahr Mammographie, bei Brustentfernung Ultraschall	Alle 6 Monate	Alle 12 Monate

→ JEDERZEIT bei Auffälligkeiten, Unsicherheit, Fragen
→ Symptomorientierte Nachsorge

Eigener Beitrag zur Nachsorge - Empfehlung aus den aktuellen Leitlinien



Sport

- Kraft
- Ausdauer



Entspannung

- Achtsamkeit
- Entspannungstraining



Ernährung

- Ausgewogen/
gesund
- Genuss



Genussgifte

- Alkohol
- Zigaretten

Ressourcen entwickeln und stärken, Gesundheit & Lebensqualität verbessern



Optionen:

- Reha-Sport
 - i.d.R. 45 min / 2 x pro Woche / 6-12 Monate
 - Ärztliche Verordnung

- IRENA (im Aufbau)
 - Intensivierte Rehabilitationsnachsorge: Training, Schulung & Beratung in ambulanten Reha-Einrichtungen
 - 24 x 90 min / 1 x pro Woche
 - Ärztliche Verordnung

- T-RENA (im Aufbau)
 - Trainingstherapeutische Nachsorge (gerätegestützt) in Reha-Einrichtungen, Physiotherapiepraxen, Krankenhäuser, Gesundheitszentren
 - 26 x 60 min / 1-2 x pro Woche
 - Ärztliche Verordnung

Basisvortrag DCIS & CLIS

Noch Fragen ...?
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Sprechstunde der Gesundheitspädagogik (gelber Bereich):

Mo / Di / Fr 11 - 12 Uhr und Mi / Do 13 - 14 Uhr

Quellen

- www.krebsgesellschaft.de
- www.leitlinienprogramm-onkologie.de
- www.aerztliches-journal.de
- www.brustkrebs-info.de
- www.ago-online.de
- www.mamazone.de
- www.aerzteblatt.de