

Brustkrebs – Mythen & Fakten

TEIL 14: IST EIN DCIS EIN RICHTIGER BRUSTKREBS?


Kaum etwas ist Patientinnen schwerer zu vermitteln als die Diagnose eines DCIS. Die Abkürzung steht für Ductales Carcinoma In Situ und bezeichnet einen Vorstufenkrebs des sogenannten invasiven Karzinoms. *Mamma Mia!* fragte nun den Experten Dr. Ingo J. Diel nach seiner Einschätzung.

Prof. Dr. Ingo J. Diel: Ich vergleiche das DCIS und das invasive Karzinom mit einem Raubtier, das entweder noch im Käfig hinter Gittern sitzt (DCIS) oder aus dem Käfig ausgebrochen zu einer Lebensgefahr geworden ist (invasives Karzinom). Medizinisch bedeutet dies, dass ein DCIS unter dem Mikroskop des Pathologen schon alle Kennzeichen einer bösartigen Zellveränderung zeigt, aber eindeutig noch nicht in die Umgebung, also in Lymphbahnen oder Blutgefäße, eingebrochen ist.

Warum muss nun ein DCIS behandelt werden? Und: Wie erkenne ich es überhaupt? Gesichert scheint, dass die Entstehung von Brustkrebs sehr häufig über die Entwicklung eines DCIS führt. Dabei verändert sich das Aussehen der normalen Brustzellen, sie werden atypisch. Dies lässt sich häufig im Röntgenbild erkennen, weil das DCIS sogenannten Mikrokalk abgelagert, der gut nachweisbar ist. Problematisch ist, dass sich zwar etwa die Hälfte des „Haustierkrebses“ DCIS in den „Raubtierkrebs“ invasives Karzinom verwandelt, die andere Hälfte aber niemals zu einem lebensbedrohenden bösartigen Tumor wird. Was wir dabei leider nicht wissen ist, bei welcher Patientin ein echtes Karzinom entsteht. Deshalb werden alle Frauen, bei denen Kennzeichen eines DCIS nachweisbar sind, behandelt.

Die Therapie des DCIS ist auch deshalb problematisch, weil der Vorstufenkrebs oft an mehreren Stellen einer Brust gleichzeitig oder mit einem großen Durchmesser auftritt – und alle nachgewiesenen Anteile operativ entfernt werden müssen. So wird erklärbar, warum heute fast mehr Frauen ihre Brust wegen eines DCIS verlieren als wegen eines invasiven Karzinoms. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass zwischen DCIS-Herd und gesundem Gewebe ein gewisser Sicherheitsabstand eingehalten werden muss. Wie groß dieser Abstand sein sollte, ist umstritten. Sicher ist: Je geringer der Abstand zwischen Schnittrand und DCIS ist, umso größer ist die Gefahr, dass der Tumor als Rezidiv mit den gleichen Risiken wie zuvor wiederkommen kann. Wird die Brust allerdings nachbestrahlt, was man heute allen Patientinnen empfehlen muss, dann ist der Sicherheitsabstand nicht von gleicher Bedeutung. Betroffene Frauen sollten sich deshalb immer in aller Ruhe eine Zweitmeinung einholen, auch von einem Strahlentherapeuten, bevor sie sich dem Ratschlag beugen, die Brust aus „Sicherheitsgründen“ entfernen zu lassen, weil der Sicherheitsabstand zu gering sei. Wie schon früher möchte ich auch hier nochmals darauf hinweisen, dass die Diagnose Brustkrebs kein akuter Notfall ist – und ein DCIS schon gar nicht.

Bleibt abschließend die Frage, ob nach Operation und Strahlentherapie eine antihormonelle Behandlung mit Tamoxifen sinnvoll ist. Die Studiendaten dazu sind uneinheitlich. Eine oft zitierte amerikanische Arbeit zeigt, dass die vorsorgliche Einnahme von Tamoxifen das Risiko, an einem Rezidiv in der gleichen oder einem Zweitkarzinom in der anderen

Brust zu erkranken, um die Hälfte verringern kann. Insgesamt aber war die Zahl der aufgetretenen Ereignisse und damit der Nutzen gering. Zur theoretischen Veranschaulichung: Treten bei je tausend Studienpatientinnen ohne Therapie vier, mit Therapie nur zwei Ereignisse auf, bedeutet dies statistisch ein um 50 Prozent geringeres Risiko. Die Gesamtzahl der Ereignisse bleibt aber klein. Dafür muss die DCIS-Patientin unter einer antihormonellen Therapie viele Nebenwirkungen in Kauf nehmen – eine stark beeinträchtigende Behandlung also, die deshalb die Ausnahme sein sollte. 

Prof. Dr. Ingo J. Diel ist Mitglied der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und praktiziert als gynäkologischer Onkologe in Mannheim. Sein Schwerpunkt ist die Verhinderung und Therapie von Metastasen.

AUTOR



Prof. Dr. Ingo J. Diel

Schwerpunktpraxis für gynäkologische Onkologie
Quadrat P7, 16-18
68161 Mannheim
Tel.: 0621 12506420
E-Mail: diel@spgo-mannheim.de
www.spgo-mannheim.de