

Carla Schoenmakers
Dr. med.

Neoadjuvante Chemotherapie beim Mammakarzinom - Effektivität und postoperative Komplikationen

Geboren am 28.01.1952 in Leipzig
Reifeprüfung am 09.06.1970 in Frankfurt /Main
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1976/77 bis SS 1983
Physikum am 20.03.1979 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 21.04.1983 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. Ingo J. Diel

Neben den Überlegungen, welche präventiven Maßnahmen die Entwicklung eines Mammakarzinoms verhindern könnten, ist die weitere Klärung des Stellenwerts der neoadjuvanten Chemotherapie einer der interessantesten klinischen Forschungsbereiche der kommenden Jahre.

Durch multimodales Vorgehen - primäre Chemotherapie, Operation, lokale Bestrahlung, adjuvante systemische Nachbehandlung - könnte bei den meisten Patientinnen nicht nur erheblich häufiger eine brusterhaltende Operation durchgeführt, sondern möglicherweise auch die Entwicklung einer Zytostatikaresistenz umgangen und eine effektive Vernichtung von Mikrometastasen erreicht werden. Die früher schlechte Prognose des inflammatorischen Mammakarzinoms wurde durch dieses Vorgehen - insbesondere durch den Einsatz der primären Chemotherapie - erheblich verbessert.

Im Hinblick auf den Einsatz der präoperativen Chemotherapie bei nicht-inflammatorischen Mammakarzinomen laufen derzeit noch randomisierte Studien in den USA und Europa, die insbesondere die Fragestellung einer verbesserten Mikrometastasenkontrolle untersuchen. Sollten die Ergebnisse dieser Untersuchungen die Überlegenheit einer präoperativen Chemotherapie gegenüber dem bisherigen Vorgehen belegen, müßte evtl. das chirurgische Vorgehen als adjuvante Behandlungsmaßnahme bei der Primärbehandlung des Mammakarzinoms eingestuft werden.

Auch an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg können aufgrund der noch kurzen Erfahrungen mit der primären Chemotherapie in Hinblick auf Mortalität bzw. Morbidität keine generellen Empfehlungen ausgesprochen werden. Für die in diese Untersuchung eingeschlossene Gruppe von Patientinnen ist die Möglichkeit der brusterhaltenden Operation nach Verkleinerung des Tumors durch primäre Chemotherapie für die Therapieentscheidung von Bedeutung. Immerhin konnte bei zwei Drittel der Patientinnen die Brust erhalten werden,

während dies nur bei der Hälfte der Kontrollpatientinnen möglich war - trotz gleicher Ausgangslage bei Diagnosestellung (Tumorgröße bzw. -stadium).

Verlässliche Aussagen hinsichtlich der langfristigen Prognose nach Einsatz der pCHT beim lokal fortgeschrittenen Mammakarzinom bleibt den oben erwähnten großen Untersuchungen vorbehalten.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, noch weitere Aspekte zu beleuchten, um Entscheidungshilfen für oder gegen eine neoadjuvante Chemotherapie zu geben.

Es hat sich gezeigt, daß perioperative Komplikationen wie Nachresektionen, Wundinfektionen, Nachblutungen usw. letztlich nicht häufiger auftraten als bei dem nicht chemotherapeutisch vorbehandelten Kontrollkollektiv.

Auch die Dauer des stationären Klinikaufenthaltes war in beiden Gruppen vergleichbar, im Mittel ca. 2½ Wochen. Das bedeutet, daß trotz der höheren Zahl der Mastektomien die Liegezeit bei den Kontrollpatientinnen nicht verlängert war.

Der Arzt kann der Patientin aufgrund der gemachten Erfahrungen bzw. der publizierten Studien die medizinischen Gründe, die für eine neoadjuvante Chemotherapie sprechen, aufzeigen. Es gibt für die betroffene Patientin neben den medizinischen aber auch sehr individuelle, persönliche Gründe, sich für oder gegen eine neoadjuvante Chemotherapie zu entscheiden.

So ist für manche Patientin schwer zu ertragen, daß bis zur Operation noch Monate mit häufigen Arztbesuchen bzw. Aufhalten in der Tagesklinik vergehen. Dazu kommen die Auswirkungen bzw. Nebenwirkungen der Chemotherapie, die einigen Patientinnen bei entsprechendem operativen Vorgehen und postoperativer Nachbestrahlung u. U. erspart werden kann.

In Bezug auf prognostische Aussagen, d. h. krankheitsfreie Überlebenszeit bzw. Gesamtüberlebenszeit lassen sich signifikante Daten aufgrund der kurzen Follow-up-Zeit nicht erheben.

Außerdem läßt sich die derzeit verfügbare Literatur über die Anwendung von pCHT beim primären Mammakarzinom wegen der Unterschiede im Studiendesign und der Auswahlkriterien nur schwer vergleichen (**Volpe 1992**). Insgesamt bestehen für nodalnegative Patientinnen durch die pCHT Vorteile hinsichtlich einer längeren Rezidivfreiheit und der Entwicklung von Metastasen, während sich dies für nodalpositive Patientinnen nicht nachweisen ließ (**Volpe 1992**).