

## Mammakarzinom

# „Es ist nie zu spät, zu uns zu kommen“

Die Münchner Brustkrebsexpertin Nadia Harbeck spricht über Heilungschancen auch bei aggressivem Brustkrebs, über unnötige Chemotherapien und zertifizierte Brustzentren, die auch für Männer da sind. Und darüber, wie wichtig es ist, die Hoffnung nicht zu verlieren

Von Beatrice Hamberger

## Frau Harbeck, wie bringen Sie einer Frau bei, dass sie Brustkrebs hat?

Die Diagnose kommt meist nicht ganz überraschend. Patientinnen, die sich bei uns vorstellen, haben ja schon die Mammadiagnostik durchlaufen und in der Regel auch eine Biopsie bekommen. Wenn ich dann den Befund der Histologie mitteile, haben sie also schon eine Vorahnung, dass es etwas Böses sein könnte. Dann ist es wichtig, eine Perspektive aufzeigen: Okay, das ist jetzt keine schöne Diagnose, aber es ist eine prinzipiell heilbare Erkrankung.

## Acht von zehn Frauen, bei denen der Krebs noch nicht in andere Organe gestreut hat, werden dauerhaft geheilt, schreiben Sie in Ihrem Buch „Brutkrebs – Alles, was jetzt wichtig ist“. Was ist denn der günstigste Fall und was der ungünstigste?

Das kann man so gar nicht sagen. Zum Beispiel hat auch eine an sich sehr aggressive triple-negative Erkrankung, wenn sie durch eine Chemotherapie komplett verschwindet und bei der Operation kein Tumor mehr gefunden wird, Heilungschancen von über 90 Prozent. Insofern ist die Tumorbilogie allein nicht aussagekräftig, sondern es kommt auch auf die Größe und die Ausdehnung des Tumors an, also ob etwa Lymphknoten befallen sind, was übrigens noch keine Metastasierung bedeutet. Je kleiner und je weniger ausgedehnt der Tumor ist, desto günstiger. Und dann ist natürlich auch das Therapieansprechen ein wichtiger Faktor für die konkreten Heilungschancen.

## Der Triple-negative Brustkrebs gilt als besonders aggressiv. Was unterscheidet diese Tumorart von den anderen Brustkrebsarten?

Ein wichtiges Kriterium für die Einteilung der Brustkrebsarten ist der Rezeptor-Status. Hormonempfindlicher Brustkrebs besitzt Rezeptoren für die Hormone Östrogen und Progesteron, ist in der Regel wenig bis mäßig aggressiv und kommt mit 70 Prozent am häufigsten vor. Sehr viel aggressiver, also teilungsfreudiger, sind Brustkrebszellen mit HER2-Rezeptoren, dieser Brustkrebs hat einen Anteil von etwa 15 Prozent. Ebenso häufig ist der triple-negative Brustkrebs. Er heißt so, weil sich in oder auf den Tumorzellen weder Hormon- noch HER2-Rezeptoren finden. Das bedeutet, eine Antihormontherapie oder eine spezifische HER2-Therapie greifen hier nicht. Es stimmt, dass triple-negativer Brustkrebs ein aggressiver Tumor ist, aber er spricht sehr gut auf die Chemotherapie an. Auch bei Chemotherapie gemeinsam

mit einer Immuntherapie sehen wir gute Ansprechraten sowohl im frühen wie im fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Das ist ein großer Fortschritt, weil wir dadurch wahrscheinlich bei der Ersterkrankung noch mal die Heilungschancen deutlich verbessern und in der metastasierten Situation das Überleben verlängern können.

## Dass Krebs gestreut hat, ist wohl die schlechteste Nachricht, die sie überbringen können?

Nur etwa fünf bis zehn Prozent der Frauen haben bereits Metastasen, wenn sie zum ersten Mal zu uns kommen. Das ist dann eine ganz andere Erkrankung, die nicht mehr heilbar ist, in dem Sinne, dass wir die Krebszellen ganz aus dem Körper rausbringen. Aber auch diese Erkrankung kann man zum Teil Jahre oder Jahrzehnte behandeln. Wir haben Patientinnen mit Lebermetastasen, die wir seit über zehn Jahren mit zielgerichteten Antikörpern behandeln. Sie sehen also, dass es auch in der Metastasierung Langzeitüberleben gibt. Deswegen ist es ganz wichtig, dass man die Hoffnung nicht verliert. Aber ich bin auch ganz ehrlich zu meinen Patientinnen und sage: Wir müssen erst einmal sehen, wie gut der Krebs auf die Therapie anspricht und dann kann ich auch mehr zum erwarteten Verlauf sagen. Klar ist aber, dass die Patientin lebenslang Medikamente brauchen wird.

## Gibt es auch Frauen, die eine Behandlung ablehnen?

Es sind wenige, aber ja, die gibt es. Wir versuchen dann, einen Kompromiss zu finden. Wenn die Patientin etwa eine Antihormontherapie ablehnt, aber sich wenigstens auf eine Operation einlässt, verringert das zwar ihre Heilungschancen, aber es ist besser als gar keine Therapie. Manchmal sehen wir auch Patientinnen, die nach der Erstdiagnose zu einer alternativen Behandlung gewechselt sind, und dann wiederkommen, wenn der Krebs schon aus der Brust herausgewachsen ist. Natürlich sind die Möglichkeiten dann nicht mehr so gut wie am Anfang, aber auch dann können wir den Frauen noch helfen. Es ist nie zu spät, zu uns zu kommen.

## Sie haben gerade den Deutschen Krebspreis gewonnen, weil sie zeigen konnten, dass viele Patientinnen gar keine Chemotherapie brauchen. Ist die Brustkrebstherapie weniger aggressiv geworden?

Auf jeden Fall. Wir können heute viele Chemotherapien vermeiden, weil wir die Tumorbilogie besser analysieren können. In unserer Forschung geben wir Frauen mit hor-



**Nadia Harbeck** leitet das Brustzentrum und die Onkologische Tagesklinik der Frauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München. Sie ist Mitglied in mehreren nationalen und internationalen Mammakarzinom-Expertengremien, berufenes Mitglied in den internationalen Leitliniengremien zum Mammakarzinom sowie Scientific Director der Westdeutschen Studiengruppe.

monempfindlichem Brustkrebs bereits vier Wochen vor der Operation die Antihormontherapie, die die Patientin auch anschließend einnehmen muss. Dann sehen wir, ob der Tumor auf die Therapie anspricht. Unsere Studien haben dazu geführt, dass auf diese Weise jedes Jahr in Deutschland rund 15.000 Frauen mit hormonempfindlichem Brustkrebs die Chemotherapie erspart werden kann. Die kurze Antihormontherapie vor der OP hat mittlerweile auch Eingang in die Leitlinien gefunden. Hinzukommt, dass wir jetzt die ersten zugelassenen Antikörper-Wirkstoff-Konjugate haben. Das sind zielgerichtete Medikamente, die die Chemotherapie direkt zu den Tumorzellen bringen. Dadurch hat die Chemotherapie sehr viel weniger Nebenwirkungen. Ich glaube, dass wir auf diesem Gebiet in den nächsten Jahren noch große Fortschritte sehen werden.

## Wird die Brustkrebstherapie in zehn Jahren eine andere sein als heute?

Unbedingt. Ich glaube, dass wir künftig noch stärker die individuelle Tumorbilogie berücksichtigen werden. Um dann für die einzelne Patientin das bestmögliche Therapiekonzept zusammenzustellen.

## Was bedeutet das für die Heilungschancen, auch mit Blick auf Metastasen?

Heilung ist ein bedeutsames Wort. Im Zusammenhang mit Metastasen würde ich lieber von mehr Langzeitüberlebenden sprechen. Aber was zuerst passieren wird: Wir werden mehr Patientinnen mit der frühen Erkrankung heilen. Wenn der Krebs dann trotz aller Therapien irgendwann wiederkommt, wird eine Heilung schwieriger, weil der Tumor gegen viele Medikamente resistent ist. Wir sind dann sozusagen Opfer unseres eigenen Erfolges. Da brauchen wir wahrscheinlich noch mal neue Medikamente, um dann auch diesen Frauen helfen zu können.

## Jetzt haben wir viel über Frauen gesprochen. Dabei erkranken jedes Jahr auch rund 700 Männer an Brustkrebs. Wissen die Erkrankten denn, wohin sie sich wenden können?

Das ist in der Tat ein Problem. Viele finden oft leider erst spät zu uns. Das ist schade, denn Männern können wir genauso gut helfen wie Frauen. Sie bekommen praktisch die gleichen Therapien und haben die gleichen Heilungschancen – wenn sie denn in einem zertifizierten Brustkrebszentrum behandelt werden. Gott sei Dank spricht es sich immer mehr herum, dass wir Frauenärztinnen in diesem Fall auch für Männer zuständig sind.