

**Nachsorge beim Mammakarzinom**

**CCC-BGZ-SOP**

Gemäß AKH PB „Dokumente u. Aufzeichnungen erstellen und lenken“ Pkt.

gültig ab: 27.03.2017

Version: 01

Seite 1 von 6

**1. ANWENDUNGSBEREICH UND ZIEL**

Die vorliegende SOP regelt die Nachsorge von Mammakarzinom-PatientInnen und ist im Bereich des AKH / BGZ / CCC gültig.

**2. MITGELTENDE DOKUMENTE**

CCC-BGZ-SOP Standard Operation Procedures

Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Senologie zur Nachsorge nach Mammakarzinom

**3. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN**

AKH	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus
BGZ	Brustgesundheitszentrum
BRCA	BReast CAncer Gene
CCC	Comprehensive Cancer Center
MA	MitarbeiterIn
MUW	Medizinische Universität Wien
TN	Triple negativ
OEL	Organisationseinheitsleitung
Pat.	Patientin, Patient, PatientInnen
QB	Qualitätsbeauftragte/r
SOP	Standard Operating Procedure

**4. VERANTWORTL. MITARBEITERIN DES QM-DOKUMENTS**

Für den Inhalt verantwortliche AutorInnen (ohne Titel): Gnant, Singer, Helbich, Filipits, Steger, Bartsch, Fitzal

Für die Umsetzung des Inhalts verantwortlich: OEL/AL der behandelnden Klinik/Abteilung.

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	MA	Fitzal	27.03.2017	e.h.
Geprüft Inhalt	MA	Gnant	25.04.2017	e.h.
Geprüft QM-Konformität	QB	Ujfalusi	24.04.2017	e.h.
Freigegeben BGZ	OEL	Gnant	25.04.2017	e.h.
Freigegeben CCC	OEL	Zielinski	27.04.2017	e.h.
Zur Kenntnis	Ärztl. Direktorin AKH	Kornek	02.05.2017	e.h.
Zur Kenntnis	Rektor MUW	Müller	08.05.2017	e.h.

## 5. TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG / ALLGEMEINE HINWEISE

### 5.1. Präambel

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass die Verabreichung einer systemischen Therapie nach erfolgter Lokalthherapie zur Verbesserung des Gesamtüberlebens führt (1). Im Gegensatz dazu konnte bis jetzt aber nicht schlüssig bewiesen werden, dass ein frühzeitiger Therapiebeginn zum Zeitpunkt des Auftretens asymptomatischer Metastasen die Überlebenszeit signifikant verlängert (2, 3). Lediglich die frühzeitige Entdeckung eines Lokalrezidivs sowie eines kontralateralen Karzinoms führt zur Prognoseverbesserung, sodass aus dieser Sicht eine obligate apparative Nachsorge bis auf die Mammographie und den Brustultraschall nicht notwendig erscheinen beziehungsweise nicht generell empfohlen werden kann (4).

Das Ziel der Nachsorge liegt daher neben der Früherkennung lokoregionärer Rezidive sowie kontralateraler Mammakarzinome auf dem Management möglicher Therapienebenwirkungen und Toxizitäten der Adjuvanttherapie, der psychosozialen Rehabilitation sowie der symptomorientierten Suche nach Fernmetastasen. Ein weiterer Aspekt ist die Überprüfung der Compliance im Hinblick auf die adjuvante endokrine Therapie. Wegen möglicher Spätmetastasierung ist ein mindestens 15 Jahre umfassender, in der Regel aber lebenslanger Zeitraum anzustreben (3).

Die risikoadaptierte Behandlung des Mammakarzinoms hat sich in der Praxis über weite Strecken durchgesetzt. Es erscheint deshalb in Analogie auch zulässig, die Nachsorge entsprechend risikoadaptiert und patientenbezogen durchzuführen. Das bedeutet, dass die Nachsorge der Gruppe der Pat. mit hohem Rezidivrisiko apparativ intensiver gestaltet werden könnte, obwohl für dieses Vorgehen derzeit ein wissenschaftlich gesicherter Beweis noch aussteht.

Pat. mit hohem Rezidivrisiko entsprechend den St. Gallen Kriterien 2009 (5) weisen  $\geq 4$  positive Lymphknoten oder 1 – 3 positive Lymphknoten und negativen Hormonrezeptorstatus im Sinne triple-negativer Tumore oder Her2/neu-Überexpression auf. Bei der Nachsorge multimorbider bzw. besonders alter Pat. sollten Vor- und Nachteile einer regelmäßigen Nachkontrolle sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

#### a. Nichtapparative, klinische Tumornachsorge:

Inhalt	Intervalle	Bemerkungen
Ärztliches, onkologisches Nachsorgegespräch (Pat.- und symptomorientierte, tumorspezifische Anamnese)*	niedriges / intermediäres Risiko und hohes Risiko: <ul style="list-style-type: none"> <li>Jahr 1 alle 3 -6 Monate</li> <li>Jahr 2 bis 5 alle 6 Monate</li> <li>Ab Jahr 5 jährlich, lebenslang</li> </ul>	Hohe Relevanz (mindestens 80 % der Rezidive/Metastasen führen zu klinischer Symptomatik) (6)
Systematische Erfassung von Nebenwirkungen der Tumorthherapie **	Lebenslang	Im Bereich der Strahlentherapie gesetzlich verpflichtend.
Klinische Inspektion und Palpation beider Brüste inkl. der Lymphabflusswege bzw. der Thoraxwand	Bei jeder Nachsorge-Kontrolle	Erfassung eines lokoregionären Rezidivs und kontralateralen Karzinoms.
Problem der Gewichtszunahme	Ergibt sich aus dem 1. Punkt und braucht nicht gesondert aufgeführt werden	Ernährungsberatung, Lebensstilberatung
Spezielle Probleme wie Angststörungen, psychische Irritationen	Ergibt sich aus dem 1. Punkt und braucht nicht gesondert aufgeführt werden	Psychologische Betreuung, Psychopharmaka

\*Besondere Beachtung: Arm- und Knochenschmerzen, Armschwellung; lokale Narbenverhältnisse, Rötungen/Knotenbildung; Oberbauchbeschwerden, Atemnot, Husten, Gewichtsabnahme, Müdigkeit, Reduktion der Leistungsfähigkeit, anhaltende Kopfschmerzen, Schwindel, anhaltende Übelkeit/Erbrechen, Ikterus

\*\*Vor allem: Abduktionshemmung des Arms, strahlentherapiebedingte Hautveränderungen und –fibrosen, Osteoporose, Gelenksbeschwerden (Aromatasehemmertherapie), klimakterische Beschwerden, kardiale Beschwerden, Gedächtnisstörungen, sekundäre Leukämien

Eine Selbstuntersuchung der Brüste sollte regelmäßig erfolgen.

### b. Spezielle und apparative Tumornachsorge bei TumorpatientInnen mit geringem und intermediärem Rezidivrisiko

Inhalt	Intervalle	Bemerkungen
Mammographie und Mammosonographie	1 x jährlich	Hohe Relevanz, da Überleben verbessert, wenn Lokalrezidiv bzw. kontralaterales Karzinom durch „Nachsorge-Screening“ und nicht erst durch klinische Manifestation entdeckt wird (4).
MRT der Brust	--	Bei Verdacht auf Lokalrezidiv bzw. bei Mammaprothese 1 x jährlich.
Gynäkologische Untersuchung	1 x jährlich	Beachtung von Blutungsanomalien und/oder Unterbauchschmerzen, vaginaler Ultraschall bei klinischer Auffälligkeit, Beratung zu Partnerschaft, Sexualität, Fertilitätserhaltung und Empfängnisverhütung. Behandlung von klimakterischen Beschwerden.
Knochendichte	Bei reduzierter Knochendichte alle 24 Monate	Bei Aromatasehemmertherapie.
CT Abdomen/Thorax	--	Nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv/Metastase.
Knochenszintigraphie ***	--	Nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv/Metastase.
CA 15/3 und CEA	--	Nur bei klinischem Verdacht auf Tumorrezidiv/Progression indiziert.

### c. Spezielle und apparative Tumornachsorge bei Tumorpatientinnen mit hohem Rezidivrisiko (z.B. LumB, Her2/neu, triple negatives Karzinom)

Inhalt	Intervalle	Bemerkungen
Mammographie und Mammosonographie	1 x jährlich	Hohe Relevanz, da Überleben verbessert, wenn Lokalrezidiv bzw. kontralaterales Karzinom durch „Nachsorge-Screening“ und nicht erst durch klinische Manifestation entdeckt wird (4).
MRT der Brust	1 x jährlich	Bei Verdacht auf Lokalrezidiv, bei Mammaprothese, bei BRCA 1, 2 Konstellation, sowie nach Mantelfeldbestrahlung des Thorax (9).
Gynäkologische Untersuchung	1 x jährlich	Beachtung von Blutungsanomalien und/oder Unterbauchschmerzen, vaginaler Ultraschall bei klinischer Auffälligkeit, Beratung zu Partnerschaft,

		Sexualität, Fertilitätserhaltung und Empfängnisverhütung. Behandlung von klimakterischen Beschwerden.
CT Abdomen/Thorax mit KM und Knochenfenster optional	bei Pat.wunsch durchaus mögliche Berechtigung, z.B. Entdeckung asymptomatischer Metastasen mit Verzicht auf primäre Chemotherapie bei Pat. mit Rezeptor positivem Mammakarzinom	Auf Grund der derzeitigen Datenlage keine gültige Empfehlung zur routinemäßigen Nachsorge mit CT möglich. Für und Wider sollte mit Pat. individuell besprochen werden. Auch ein vollständiger Verzicht auf Bildgebung in der Nachsorge ist zu rechtfertigen.
Knochenszintigraphie ***	--	Nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv und Metastasen
Herzecho	3-monatlich (1 Jahr) nachher je nach klinischer Notwendigkeit	Bei und nach Herceptintherapie

\*\*\*bei Verdacht auf Metastasierung MRT

Die Computertomographie-Untersuchung des Thorax hat sich als deutlich sensitiver als das Thorax-Röntgen im Aufdecken von Metastasen erwiesen (4, 11). Ebenso wurde gezeigt, dass die Computertomographie-Untersuchung des Abdomens eine deutlich höhere Sensitivität im Aufdecken von Metastasen aufweist als die Sonographie (4, 12, 13).

Der routinemäßige Einsatz von bildgebenden Verfahren bei Tumor-Pat. mit hohem Rezidiv-Risiko sollte einer Evaluierung bezüglich der Effizienz unterzogen werden.

#### d. Patientinnen mit klinischen Symptomen und Verdacht auf Rezidiv/Progression

Wenn bei den Nachsorgekontrollen oder auch im Nachsorgekontrollintervall Beschwerden bzw. Symptome auftreten und Rezidiv-Verdacht besteht, sollten unverzüglich weiterführende Untersuchungen erfolgen.

## 5.2. Zukunftsaspekte

Die von ASCO (9) und NCCN (14) empfohlene „Nachsorge light“ beruht auf der „historischen Evidenz“ von 2 randomisierten italienischen Studien (15, 16). Neben diversen methodischen Problemen ist wegen des Fehlens moderner diagnostischer Techniken die Relevanz der Untersuchungen fragwürdig geworden. Weiters basieren die so generierten Daten auf den damals verfügbaren Palliativkonzepten, denen heute moderne medikamentöse Therapiemöglichkeiten (z.B. Aromatasehemmer, Taxane, Trastuzumab, Lapatinib usw.), aber auch weniger invasive apparative Behandlungsmethoden (z.B. Radiofrequenzablation, Laser induzierte interstitielle Thermotheapie, Vertebroplastie, Cyberknive) zur Therapie asymptomatischer, mono- bis oligometastatischer Läsionen gegenüberstehen (17, 18). Schon heute weisen beachtliche Ergebnisse aus dem Gebiet der selektiven Metastasen Chirurgie in diese Richtung (19). Zur Klärung der grundlegenden Frage, ob eine frühzeitige Rezidiv-Erkennung und -therapie zu einer Überlebenszeitverlängerung führen kann oder Tumortyp und Qualität der Primärtherapie den Krankheitsverlauf determinieren, sind jedenfalls entsprechende prospektiv randomisierte Studien dringend erforderlich.

## 6. LITERATUR

- 1 Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG): Effects of chemotherapy and Hormonal therapy for early breast cancer recurrence and 15 year survival: an overview of the randomized trials. Lancet 365 (2005) 1687
- 2 Grunfeld E et al: Randomized trial of long-term follow-up for early stage breast cancer: A comparison of family physician versus specialist care. J Clin Oncol 24 (2006) 848
- 3 Khatcheressian J et al: Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol 31 (2013) 961
- 4 De Bock G et al: Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: A meta-analysis and systematic review. J Clin Oncol 22 (2004) 4010
- 5 Goldhirsch A. et al: Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2009. Ann Oncol 2009
- 6 Winchester D et al: Symptomatology as an indicator of recurrent or metastatic breast cancer. Cancer 43 (1979) 956
- 7 Kubista E et al: Empfehlungen zur Nachsorge nach Mammakarzinom Jatro Hämatologie & Onkologie 4 (2007) 67
- 8 Blaha P et al: ACO-ASSO Manual der chirurgischen Krebstherapie, Verlag für Medizin und Wirtschaft (2011) 172
- 9 Saslow D. et al: American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 57 (2007) 75
- 10 Nemanic S et al: Comparison of thoracic radiographs and single breast-hold helical CT for detection of pulmonary nodules in dogs with metastatic neoplasia. J Vet Intern Med 20 (2006) 508
- 11 Tillich M et al: Detection of pulmonary nodules with helical CT: comparison of cine film-based viewing. Am J Roentgenol 169 (1997) 1611
- 12 Kinkel K et al: Detection of hepatic metastases from cancers of the gastrointestinal tract by using non-invasive imaging methods (US, CT, MR imaging, PET): A meta-analysis. Radiology 224 (2002) 748
- 13 Schima W et al: Liver metastases of colorectal cancer: US, CT or MR? Cancer Imaging 5 (2005) S149
- 14 Carlson RW et al: Invasive breast cancer. J Natl Compr Canc Netw. 9 (2011) 136
- 15 GIVIO Investigators: Impact of follow-up and testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients: a multicenter randomized controlled trial. JAMA 271 (1994) 1587

16 Roselli Del Turco M et al: Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer: A randomized trial JAMA 271 (1994) 1593

17 Vlastos G et al: Long-term survival after an aggressive surgical approach in patients with breast cancer hepatic metastases. Ann Surg Oncol 11 (2004) 869

18 Rolle A. et al: Is surgery for multiple lung metastases reasonable? A total of 328 consecutive patients with multiple laser metastasectomies with a new 1318-mm Nd: YAG laser. J Thorac Cardiovasc Surg 131 (2006) 1236

19 Chua Tc et al: Hepatic resection for metastatic breast cancer: A systematic review Eur J Cancer 47 (2011) 2282

## 7. ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
27.03.2017	01	Erstellung, erste Freigabe