




Folie 1

Universitätsfrauenklinik Bochum
Knappschafts Krankenhaus
Ruhr-Universität

Direktor:
Prof. Dr. med. Arne Jensen



- Brustkrebs -
Tagung für Betroffene,
Interessierte und Angehörige

Sonnabend, 11. Mai 2002
10:00 bis 13:00 Uhr
im großen Hörsaal des
Knappschafts Krankenhauses
Bochum-Langendreer

Folie 2



**Diagnose und Therapie
von Brustkrankungen**

Prof. Dr. med. Arne Jensen

Direktor der
Universitätsfrauenklinik Bochum
Knappschafts Krankenhaus



Häufigkeit

- Häufigster bösartiger Tumor bei Frauen
- 2000 in Deutschland 49.000 Neuerkrankungen
- Lebensrisiko für eine Frau in Westeuropa an Brustkrebs zu erkranken ist 1 von 9
- In Nordamerika und Europa 4-7 fach höher als in Südostasien und Westafrika



Entstehung von Brustkrebs

- Spontane Veränderung der Erbinformation in der Zelle
- Familiär bedingte Veränderung der Erbinformation
- Umwelteinflüsse und Östrogene ?
- Möglicherweise hat Gelbkörperhormon einen schützenden Effekt



Risikofaktoren

- Alter
- Familiär
- Umwelt – Ernährung
- Hormonelle Faktoren



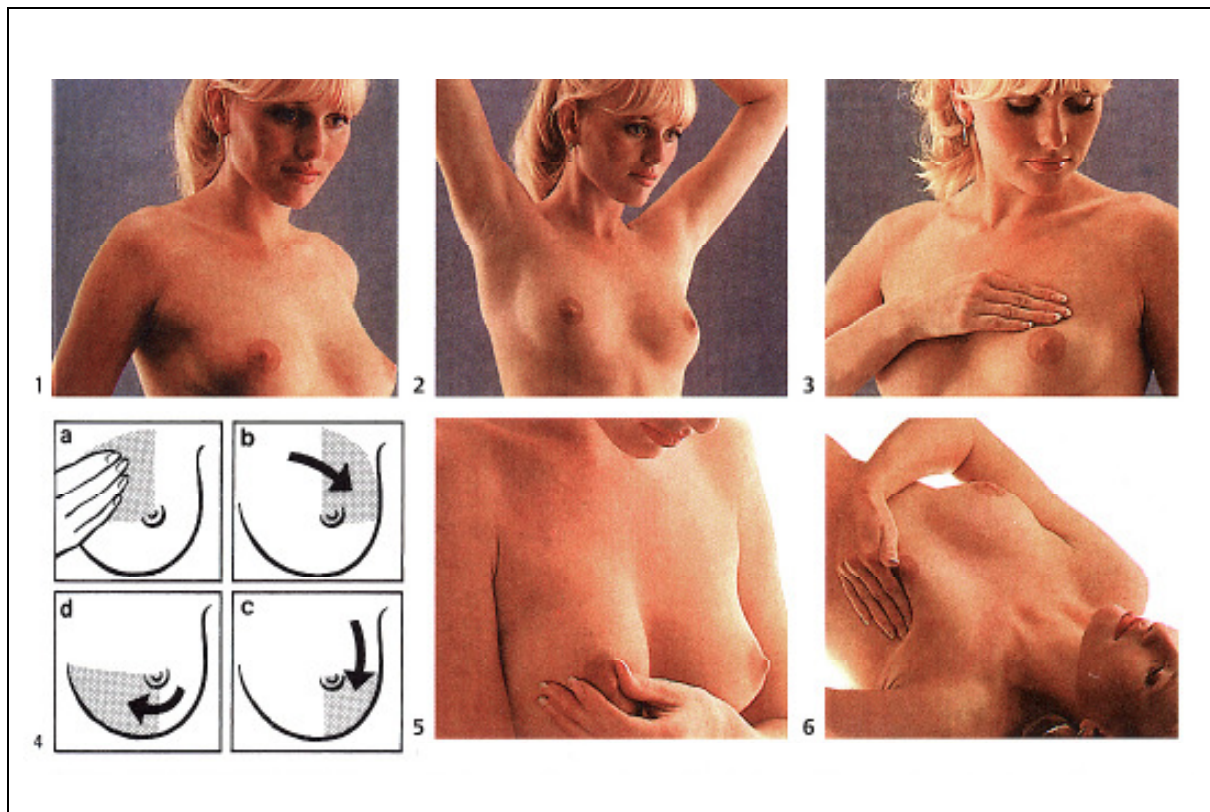
Regelmäßige Untersuchungen

- Selbstuntersuchung in der 1. Zyklushälfte
- Tastbefund im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung
- Mammographie
- Sonographie
- Ab 40. Lebensjahr ohne Risiko und ohne Befund
 - ➔ regelmäßige Untersuchungen
 - ➔ Mammographie jedes 2. Jahr
- Über 50. Lebensjahr bei erhöhtem Risiko
 - ➔ jährliche Mammographien



Selbstuntersuchung

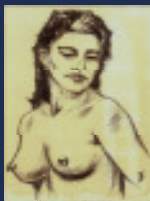
- 1 x im Monat nach Regelblutung
- Inspektion vor dem Spiegel
- Abtasten bei feuchter Haut





Symptome

- Tastbarer Knoten
- Hautverdickung, Rötung, Schwellung
- Einziehungen
- „Orangenhaut“
- Spannung – Schmerz Brustwarze
- Verziehungen, Sekretabsonderungen Brustwarze



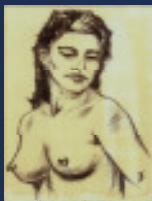
Abklärung unklarer Tastbefunde

- Selbstuntersuchung
- Kontrolluntersuchung in der Frauenarztpraxis
- Ultraschall
- Mammographie
- Kontrolle in der Klinik mit 2. Befundung der Mammographie
- Gewebeentnahme unter Ultraschallsicht (Stanzbiopsie)
- Markierung
- Operation sofortiger Gewebeuntersuchung

Folie 11

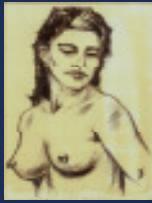


Folie 12



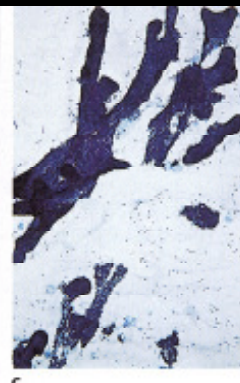
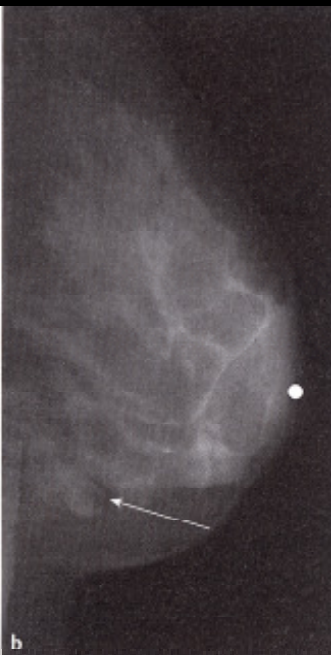
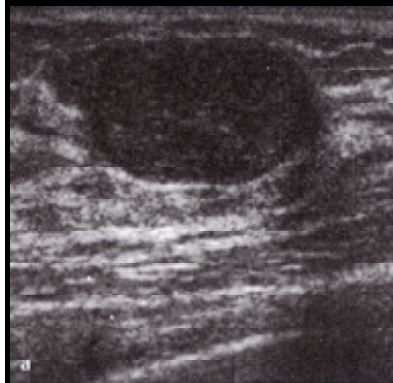
Mammographie

- Ca. 10-15% der Karzinome fallen nicht auf
- 30% der invasiven Karzinome und der Karzinome *in situ* enthalten Mikrokalk und haben eine sehr gute Prognose
- Bei 1 Mio. Frauen mit Mammographie werden 2700 der 3000 zu erwartenden Karzinome entdeckt
→ 2. Befundung

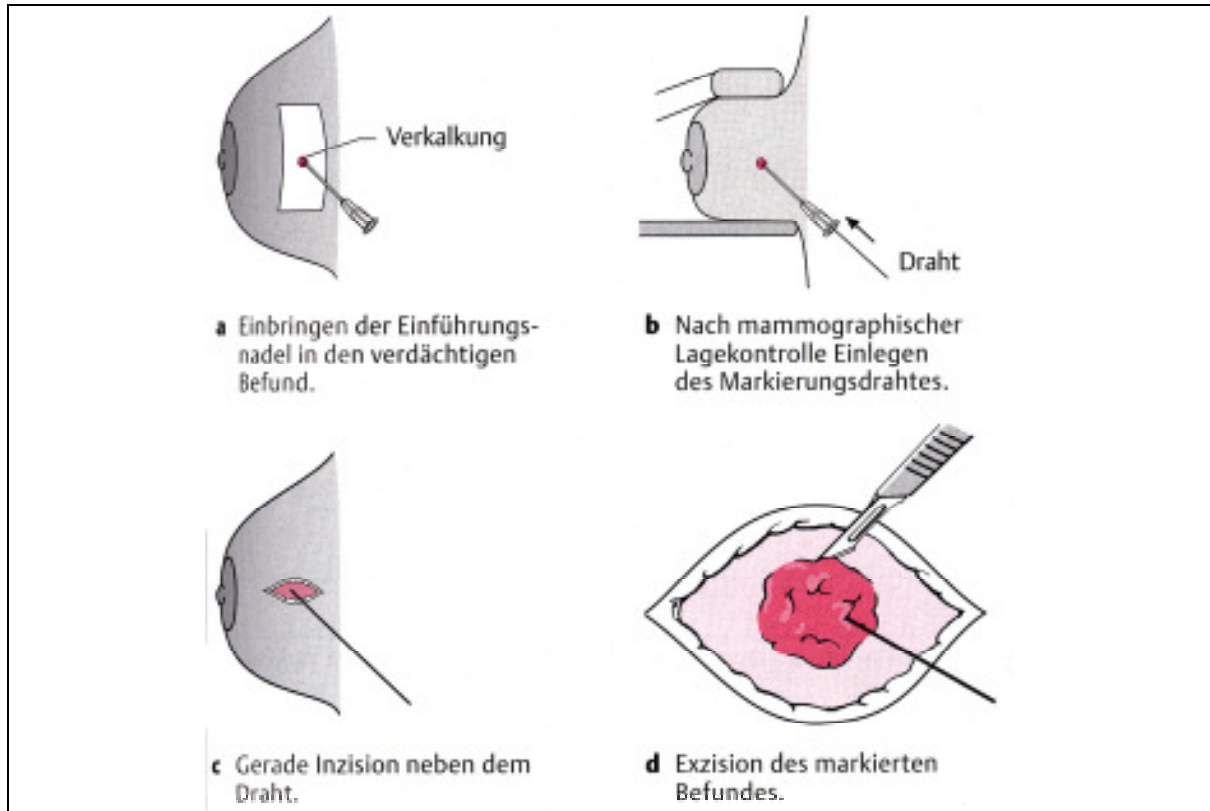


Ultraschall

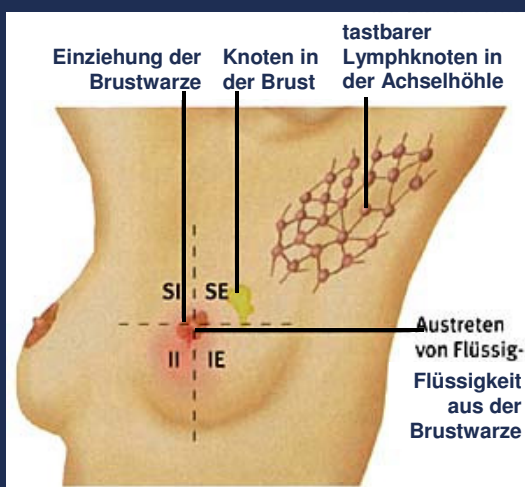
- Zur Zystenabklärung und bei soliden Tumoren in dichtem Gewebe
- Bei dichtem Brustdrüsengewebe
- Nur zusammen mit der Mammographie einsetzen, da die meisten Karzinome echoarm sind
- Dopplerultraschall zur Messung der Blutgefäßbildung des Tumors



a Sonographie.
b Mammographie.
c Feinnadelzytologie.
d Histologie.



Lokalisation des Mammakarzinoms



Das Mammakarzinom
findet sich am häufigsten im
oberen äußeren Quadranten.

Die Hauptlymphstrombahn
zieht zu den Lymphknoten in
der Achselhöhle.



Therapie I

- Brusterhaltende Therapie in 70% aller Fälle
- Tumorentfernung im Gesunden
- Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle
- Nachbestrahlung des Drüsenkörpers
- Antihormontherapie wenn erforderlich
- Chemotherapie wenn erforderlich



Therapie II

- Entfernung der Brustdrüse in 10-30% aller Fälle
- Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle
- Keine Nachbestrahlung des Drüsenkörpers
- Antihormontherapie wenn erforderlich
- Chemotherapie wenn erforderlich
- Wiederaufbau der Brust mit Eigengewebe möglich



Empfehlung

- Regelmäßige Untersuchung durch Frauenärztin/-arzt
- Regelmäßige Selbstuntersuchung
→ Im Zweifel: **sofortige** Kontrolle durch Frauenärztin/-arzt!
- Behandlung im Brustzentrum



Nachsorge

Jahre nach Primärtherapie	1	2	3	4	5	6 und weitere
Anamnese körperliche Untersuchung Information	alle 3 Monate			alle 6 Monate		alle 12 Monate
Selbstuntersuchung	monatlich					
alle anderen technischen Untersuchungen einschliesslich Labor und Tumormarkern	nur bei klinischem Verdacht auf Rezidiv und/oder Metastasen					



Nachsorge Mammographie

Jahre nach Primärtherapie	1	2	3	4 und weitere
	<i>nach brusterhaltender Operation</i>			
ipsilaterale Brust	alle 6 Monate		alle 12 Monate	
kontralaterale Brust	alle 12 Monate			
	<i>nach Mastektomie</i>			
kontralaterale Brust	alle 12 Monate			