

Brustkrebs – Mythen & Fakten

FOLGE 26: KNOCHENGESUNDHEIT UND BRUSTKREBS

Es gibt Spätfolgen der Brustkrebstherapie, über die nur wenige Patientinnen aufgeklärt werden – so beispielsweise die durch Krebstherapien verursachte Osteoporose. Der Gynäkoonkologe Prof. Dr. Ingo Diel erläutert, was Brustkrebspatientinnen beachten sollten, um längerfristigen Komplikationen entgegenzuwirken.

Prof. Dr. Ingo Diel: Erfreulicherweise ist in Deutschland, wie in anderen westlichen Ländern auch, die Heilungsrate bei Frauen mit Brustkrebs, signifikant auf über 80 Prozent angestiegen. Das bedeutet aber auch, dass viele Frauen mit Spätfolgen der Tumorthherapie konfrontiert werden, denen früher kaum Beachtung geschenkt wurde. Eines dieser Probleme ist der Verlust an Knochensubstanz als Folge einer Chemo- oder antihormonellen Therapie. Der Knochenschwund (medizinisch: Osteoporose) ist eine Erkrankung, von der insbesondere Frauen jenseits der Wechseljahre betroffen sind. In den ersten Jahren haben die Patientinnen keine Beschwerden. Später kann es zu Knochenbrüchen kommen, die nicht nur mit Schmerzen einhergehen, sondern auch zu knöchernen Deformationen und dauerhafter Bettlägerigkeit führen können. In Deutschland sind mehrere Millionen Frauen von diesem Schicksal betroffen. Logischerweise führt eine verbesserte Lebenserwartung auch zu einem Anstieg der Osteoporosehäufigkeit.

Ursache für die postmenopausale Osteoporose ist neben dem Alter der Östrogenentzug, der das typische Kennzeichen des Lebensabschnitts nach den Wechseljahren ist. Bei Frauen mit einem hormonabhängigen Brustkrebs ist der Hormonentzug ein Therapieziel, mit dem man dem weiteren Verlauf der

Erkrankung Einhalt gebieten möchte. Dieses Ziel wird erreicht, in dem man die vorhandenen Rezeptoren blockiert (zum Beispiel mit Tamoxifen) oder die Produktion von Östrogen verhindert (Aromatasehemmer). Aber auch eine Chemotherapie führt sehr häufig dazu, dass die Eierstöcke dauerhaft geschädigt sind und keine Hormone mehr produzieren. Was sich auf die Prognose der Tumorerkrankung segensreich auswirkt, führt andererseits zu Nebenwirkungen und Komplikationen, wie sie typischerweise in und nach den Wechseljahren auftreten. Dazu gehört auch die therapie-induzierte Osteoporose. Da der Knochenverlust eine „stille Erkrankung“ ist, bemerken die Patientinnen zunächst nichts. Symptome, die als Knochenschmerzen vorgetragen werden, sind zumeist Gelenkbeschwerden, die ebenfalls von der antihormonellen Therapie verursacht werden können. Wie bei allen zunächst „stillen Erkrankungen“ (Bluthochdruck, Diabetes und andere) ist es wichtig, frühzeitig die drohende Gefahr zu erkennen und rechtzeitig Komplikationen zu vermeiden.

Die beste Möglichkeit zur Früherkennung einer Osteoporose ist die Knochendichtemessung. Obwohl es mehrere Verfahren gibt, die diagnostisch sinnvoll und exakt sind, hat sich doch die so genannte DEXA-Methode mit schwachen Röntgenstrahlen etabliert, deren Zuverlässigkeit in zahlreichen Studien erprobt wurde. Die Untersuchung ist ungefährlich, schmerzfrei und dauert etwa zehn Minuten. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Untersuchungskosten nur, wenn bereits ein osteoporotischer Bruch aufgetreten ist, die Privatkassen sind großzügiger und ersetzen die Kosten auch ohne Fraktur. Die Knochendichte, das Alter und zusätzliche Faktoren sind

maßgeblich für die Entscheidung, ob eine medikamentöse Therapie erfolgen sollte oder ob eine Änderung des Lebensstils ausreichend erscheint.

Die medizinische Beratung und Therapieempfehlung sollte unbedingt von einem Arzt erfolgen, der über eine große Erfahrung im Bereich der Osteologie (Knochengesundheit) verfügt. Oft ist eine Ermunterung zur Änderung der Lebensweise ausreichend: Sport, Bewegung, kalziumreiche Ernährung und ausreichende Zufuhr von Vitamin D sind die Grundlagen zur Verbesserung der Knochengesundheit und damit auch der Knochendichte. In einigen Fällen ist es auch sinnvoll, Kalzium zu ersetzen.

Wenn dieses Vorgehen nicht ausreicht, muss eine Behandlung mit knochenschützenden Medikamenten erfolgen. Seit 20 Jahren werden dafür Bisphosphonate genutzt. In den letzten beiden Jahren hat sich auch der RANK-Ligand-Antikörper Denosumab bewährt. Beide Medikamente werden auch in der Therapie von Knochenmetastasen eingesetzt, allerdings in einer Dosierung, die 10 bis 12 mal so hoch ist. Kontrollmessungen der Knochendichte nach ein bis zwei Jahren zeigen den Therapieerfolg der einzelnen Maßnahmen an oder verweisen auf zusätzliche Therapiestrategien. Auf diese Art und Weise kann auch frühzeitig einem Knochenschwund entgegengewirkt werden, der durch die Tumorthherapie bedingt ist. 

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