

Risikomindernde Mastektomie zur Vorbeugung von primärem Brustkrebs

Fragestellung

Wir haben die [Evidenz](#) dazu überprüft, ob risikomindernde [Mastektomie](#) (prophylaktische [Mastektomie](#)) die Sterblichkeit aufgrund von jeglicher Ursache bei Frauen, die nie Brustkrebs hatten und Frauen, die eine Vorgeschichte von Brustkrebs in einer Brust aufweisen, reduziert. Ebenso haben wir die Wirkung von risikomindernder Mastektomie auf andere [Endpunkte](#), einschließlich der Brustkrebsinzidenz, der Brustkrebsmortalität, dem krankheitsfreien Überleben, der physischen [Morbidity](#) und psychosozialer [Endpunkte](#) überprüft.

Hintergrund

Neuere Fortschritte im Verständnis der genetischen Grundlagen von Brustkrebs und viel beachtete Berichte von Prominenten, die sich einer risikomindernden Mastektomie unterzogen haben, haben das Interesse daran als Methode zur [Prävention](#) von Brustkrebs erhöht.

Studienmerkmale

Einundsechzig Studien enthielten Daten von 15.077 Frauen mit einer großen Breite an Risikofaktoren für die Entwicklung von Brustkrebs, die sich einer risikomindernden Mastektomie unterzogen haben. Eine risikomindernde Mastektomie kann entweder bedeuten, beide Brüste zur [Prävention](#) von Brustkrebs chirurgisch zu entfernen (bilaterale risikomindernde Mastektomie) oder die krankheitsfreie Brust bei Frauen zu entfernen, die in einer Brust Brustkrebs gehabt haben, um die [Inzidenz](#) von Brustkrebs in der anderen Brust zu reduzieren (kontralaterale risikomindernde Mastektomie). Die [Evidenz](#) ist auf dem Stand von Juli 2016.

Hauptergebnisse

Die Studien zur bilateralen risikomindernden Mastektomie berichteten, dass sie die [Inzidenz](#) von Brustkrebs oder die Anzahl der Todesfälle oder beides reduziert hat, aber viele der Studien weisen methodische Schwächen auf. Nach der bilateralen risikomindernden Mastektomie waren die meisten Frauen mit ihrer Entscheidung zufrieden, sie berichteten jedoch über weniger Zufriedenheit mit den kosmetischen Ergebnissen, ihrem Körperbild und sexuellen Gefühlen. Eine der Komplikationen der risikomindernden Mastektomie war die Notwendigkeit für zusätzliche unvorhergesehene Operationen, besonders bei Frauen, die sich einer Rekonstruktion nach der risikomindernden Mastektomie unterzogen hatten. Jedoch hatten die meisten Frauen auch weniger Sorge, Brustkrebs zu entwickeln und daran zu versterben, zusammen mit einer verminderten Zufriedenheit mit dem Körperbild und sexuellen Gefühlen.

Bei Frauen, die Krebs in einer Brust gehabt haben, kann die Entfernung der anderen Brust (kontralaterale risikomindernde Mastektomie) die Inzidenz für Krebs in dieser anderen Brust möglicherweise reduzieren, aber es besteht unzureichende Evidenz, dass dies das Überleben verbessert, weil ein anhaltendes Risiko für ein Wiederkehren oder [Metastasen](#) des ursprünglichen

Krebs besteht.

Auch wenn veröffentlichte Beobachtungsstudien zeigten, dass die bilaterale risikomindernde Mastektomie wirksam war, um sowohl die Inzidenz und die Sterblichkeit aufgrund von Brustkrebs zu reduzieren, werden genauere prospektive Studien empfohlen. Die bilaterale risikomindernde Mastektomie sollte nur bei denjenigen mit hohem Krankheitsrisiko, zum Beispiel bei Trägerinnen von Mutationen in den Brustkrebsgenen BRCA1 und BRCA2, in Betracht gezogen werden. Die kontralaterale risikomindernde Mastektomie konnte die Inzidenz von kontralateralem Brustkrebs reduzieren, aber es gibt nur unzureichende Evidenz, dass die kontralaterale risikomindernde Mastektomie das Überleben verbessert und Studien, die mehrere Variablen kontrollieren, welche die Ergebnisse beeinflussen können, werden empfohlen. Es ist möglich, dass Selektionsbias in Form von gesünderen, jüngeren Frauen, die für die kontralaterale risikomindernde Mastektomie empfohlen wurden oder diese ausgewählt haben, zu besseren Gesamtüberlebenszahlen für die kontralaterale risikomindernde Mastektomie geführt hat.

Qualität der Evidenz

Etwas mehr als die Hälfte der Studien hatte ein niedriges Risiko für Selektionsbias, das heißt Studien adjustierten für systematische Unterschiede in Bezug auf die [Prognose](#) oder das Ansprechen auf die Behandlung zwischen den Gruppen. Ebenso hatten 60 % ein niedriges Risiko für Detektionsbias, das heißt, diese Studien berücksichtigten die systematischen Unterschiede in der Art, wie die Endpunkte gemessen und festgestellt wurden. Die primäre Ursache für beides, Selektions- und Detektionsbias, lag darin, nicht für alle wichtigen Störfaktoren, z. B. Risikofaktoren oder eine bilaterale risikomindernde Salpingoophorektomie (Operation, um Eileiter und Eierstöcke zu entfernen) gehabt zu haben, in den Interventions- und den Kontrollgruppen zu kontrollieren. Performance-[Bias](#) (Validierung der risikomindernden Mastektomie) war nicht problematisch, da viele Studien auf chirurgischen Berichten beruhten; drei stützten sich auf Selbstberichte und acht waren wegen mehreren Datenquellen und/oder einem breiten Zeitrahmen unklar. Ein hohes oder unklares Risiko für Attrition-[Bias](#) bestand in etwa 13 % der Studien. Die durchschnittliche oder mediane Nachbeobachtungszeit betrug zwischen 1 bis 22 Jahren.

Schlussfolgerungen

Angesichts der Anzahl an Frauen, die mit bilateraler oder kontralateraler risikomindernder Mastektomie überbehandelt werden könnten, ist es wichtig, dass Frauen und Ärzte das persönliche Risiko für jede einzelne Frau verstehen, bevor eine Operation in Betracht gezogen wird. Darüber hinaus sollte über andere Möglichkeiten, um das Brustkrebsrisiko zu reduzieren wie eine bilaterale risikomindernde Salpingoophorektomie oder eine Chemoprävention nachgedacht werden, wenn eine risikomindernde Mastektomie in Betracht gezogen wird.

MERKZETTEL

für das Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt

Damit Sie viel aus dem Gespräch mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt mitnehmen, empfehlen wir Ihnen, Ihre Beschwerden, aber auch Ihre Behandlungsziele sowie alle Ihre Fragen zu notieren. Wichtig für das Arztgespräch ist eine Liste der **Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel**, die sie derzeit verwenden. Über eventuelle **Allergien und Unverträglichkeiten** sollten Sie Ihre Ärztin/Ihren Arzt ebenfalls immer informieren. Nutzen Sie hierfür unseren Vordruck „Meine Medikations- und Behandlungsübersicht“.

Meine Beschwerden und/oder Behandlungsziele

Meine Fragen

Folgende Themen/Studien möchte ich besprechen

Welches Thema beschäftigt Sie? Was haben Sie z. B. in aktuellen Studien gelesen?

Notieren Sie die wichtigsten Punkte des Arztgesprächs

So bemerken Sie schnell, ob Sie alles richtig verstanden haben und ob Fragen unbeantwortet blieben

Meine Notizen zum Gespräch am _____:

Weitere Tipps für das Arztgespräch finden Sie unter „Materialien für den Arztbesuch“