

36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS),
26. bis 28. Mai 2016, Internationales Congress Center Dresden



Inhalte der Pressemappe zur 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS)

Termin: 26. bis 28. Mai 2016

Ort: Internationales Congress Center Dresden, Pressebüro Raum 3.40

Presseinformationen:

Kongress-Highlights der Kongresspräsidenten und „30 Jahre Brustrekonstruktion“

Dr. med. Mario Marx, Kongresspräsident, Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie, Elblandklinikum Radebeul, Leiter des Standortes Radebeul als Kooperationspartner des Regionalen Brustzentrums Dresden

Professor Dr. med. Rita Engenhardt-Cabilic, Kongresspräsidentin, Schriftführerin der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS), Direktorin der Abteilung für Strahlentherapie am Universitätsklinikum Gießen/Marburg

Frauen mit erhöhtem Brustkrebs-Risiko: Welche Früherkennung raten wir?

Professor Dr. med. Markus Peter Müller-Schimpfle, Mitglied des Kongresskomitees, Leiter des Brustzentrums, Schwerpunkt Diagnostik, Chefarzt der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Schwerpunkt Radiologie am Klinikum Frankfurt Höchst

Niedrigste Lokalrezidivrate dank gelebter Interdisziplinarität

Professor Dr. med. Sara Yvonne Brucker, Schriftleiterin der Zeitschrift Senologie, Ärztliche Direktorin Forschungsinstitut für Frauengesundheit und Stellv. Geschäftsführende Ärztliche Direktorin Department für Frauengesundheit, Universität Tübingen

Notwendigkeit einer strukturierten und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit Fokus auf der Informiertheit und dem Nutzen der Ratsuchenden und Patientinnen

Prof. Dr. med. Rita K. Schmutzler, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs und Koordinatorin des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Uniklinik Köln

36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS),
26. bis 28. Mai 2016, Internationales Congress Center Dresden

Digitale Mammographie und digitaler Ultraschall – Fusion und Hybrid in der radiologischen Diagnostik

Professor Dr. med. Rüdiger Schulz-Wendtland, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS), Gynäkologische Radiologie des Radiologischen Institut des Universitätsklinikums Erlangen

Die Zukunft der Therapie des metastasierten Mammakarzinoms (PRAEGNANT-Studie)

Professor Dr. med. Diethelm Wallwiener, Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und Geschäftsführender Ärztlicher Direktor des Departments für Frauengesundheit

Pressekontakt

Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.

Anja Frohloff und Gabriele Nioduschewski – Pressestelle

Hausvogteiplatz 12, 10117 Berlin

Tel: +49 (0) 30 514 88 33 33

Mobil: +49 (0) 152 34 37 32 96

E-Mail: presse@senologie.org

Pressebüro im Internationalen Congress Center Dresden: Raum 3.40

Kongress-Highlights 2016

Prof. Dr. med. Rita Engenhart-Cabillic, Kongresspräsidentin

Dr. Mario Marx, Kongresspräsident

Senologie im Leitlinien-Dschungel

Leitlinien geben eine wissenschaftliche Orientierung für Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen. Bringt die aktuelle Entwicklung aber auch mehr Licht in den Dschungel der systematisch entwickelten, wissenschaftlich begründeten und praxisorientierte Entscheidungshilfen?

Brachy – Therapie

Die Brachytherapie ist eine Strahlenbehandlung, bei der durch kurzfristiges Einbringen von radioaktiven Strahlen in die Tumorregion der Krebs zerstört wird. Welche Patientinnen können wann von einer Teilbrustbestrahlung mit Multikatheter-Brachytherapie profitieren?

Sexualität und Mammakarzinom

Sex beginnt bekanntlich im Kopf. Doch wie geht es weiter mit der Sexualität nach einer Brustkrebserkrankung und woher soll der Partner wissen, warum Lust auf Sex in der Partnerschaft plötzlich nachlässt? Braucht Mann eine Therapie?

Bericht einer Patientin

Ich bin nicht in Stimmung, morgen ganz bestimmt – wie der Brustkrebs mein Sexualleben beeinflusst hat.

Der Griff nach den Genen oder die Onkologie der Pathways

Wenn bei unterschiedlichen Tumorkrankheiten ähnliche Signalwege gestört sind und vielleicht sogar die gleichen Gene verändert sind, ist es dann möglich, dass die onkologische Forschung und vielleicht auch die Therapie praktisch unabhängig von der Tumorentität auf bestimmte gestörte Signalwege auszurichten. Wäre die Brust als Organ irrelevant, würden sich die Krebsforscher /-experten nicht mehr so sehr an der Tumorhistologie orientieren.

DCIS immer behandeln?

Bei einem duktalem Carcinoma-in-situ der Brust sollte in Absprache mit der Patientin das Nutzen-Risiko abgewogen werden, denn die adjuvante Strahlentherapie kann lediglich das Rezidivrisiko, nicht aber die Überlebensrate verbessern.

Zu diesen und weiteren Senologie-Themen finden Sie Experten und deren wissenschaftliche Sitzungen im tagesaktuellen Kongressprogramm online hier:

<http://www.professionalabstracts.com/seno2016/iplanner/>

30 Jahre Brustrekonstruktion – erreichte Meilensteine

Dr. med. Mario Marx, Kongresspräsident 2016,
Chefarzt der Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Brustchirurgie, Elblandklinikum
Radebeul, Leiter des Standortes Radebeul als Kooperationspartner des Regionalen
Brustzentrums Dresden

30 Jahre Brustrekonstruktion sind für die PatientInnen sowie das interdisziplinäre behandelnde Team von Ärzten, Therapeuten, Gesundheitspflegerinnen und -pflegern eine der großen Erfolgsgeschichten der Senologie. Es wurden bedeutende Meilensteine in Diagnostik und Therapie erreicht, wodurch die Lebensqualität der von BrustkrebspatientInnen wesentlich verbessert und deren Lebensprognose um ein Vielfaches gesteigert wurde.

Während noch 1986 in vielen Kliniken durch das Bemühen Einzelner und in kleineren interdisziplinären Teams nach optimalen operativen Behandlungskonzepten gesucht wurde, erhalten heute mehr als 90 Prozent aller an Brustkrebs Erkrankten in Deutschland eine strukturierte qualitätsgesicherte Betreuung. In den seit mehr als 13 Jahren bestehenden „zertifizierten Brustzentren“ ist eine hohe Expertise entstanden, die derzeit in der Überarbeitung der „S-3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinomes“ kontinuierlich weiter fortgeschrieben wird.

Mit der deutschen Wiedervereinigung wurden die verschiedenen Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten aller beteiligten Fachgebiete fusioniert. Die hohen Raten an Brustamputationen in den 80er-Jahren wurden durch brusterhaltende operative Konzepte mit Bestrahlung signifikant reduziert. Dank der interdisziplinären Planung von Tumoroperationen von Radiologen, Pathologen und Operateuren im Kontext einer Systemerkrankung wird die aufgeklärte PatientInnen individuell therapiert.

Als Referenz zur qualitätsgesicherten Vorgehensweise sei hier die „Tübinger Klassifikation der operativen Behandlung des Mammakarzinoms“ von Prof. Wallwiener et al. angeführt. Diese unterstützt maßgeblich die bundesweit einheitlichen klinischen Verfahren. Damit können die behandelnden Teams gemeinsam mit PatientInnen auf Basis wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse optimale individuelle Behandlungskonzepte entwickeln.

Der Einzug der bildgebenden Diagnostik in den Operationssälen verschafft den Operateuren mit dem hochauflösenden Ultraschall in vielen Brustzentren eine Detailansicht des Tumorbettes. Es ist inzwischen gelungen, die Ergebnisse der bildgebenden Diagnostik vor der Operation mit der gesicherten Tumorqualität in das operative Konzept einfließen zu lassen. Somit sind mehr als 80 Prozent der Mammatumore erkennbar und auch die gesunde Anatomie wird sichtbar. Dies führt zu sehr niedrigen Lokalrezidivraten.

Aktuell gehört die vollständige Entfernung der Brustdrüse bei verschiedenen Erkrankungen bei komplettem Erhalt der Brusthaut zu den faszinierenden Möglichkeiten der operativen Therapie. Die verschiedenen Verfahrensweisen der Brustrekonstruktion sowohl mit Implantat, Netzen als auch mit Eigengewebe vom Unterbauch, dem Gesäß oder dem Oberschenkel gehören aktuell zum Standard der fortschrittlichen Therapieangebote.

Die Zweitmeinungsberatung gibt PatientInnen die Chance, den optimalen individuellen Weg der operativen Behandlung zu wählen. Mit der Möglichkeit, abgesaugtes Fettgewebe beispielsweise vom Oberschenkel oder der Bauchwand durch Wiedereinbringung an der Brust zu verwenden, ergeben sich neue operative Ansätze. Zur Eigenfetttransplantation liegen noch keine gesicherten Daten über Langzeiteffekte vor. Weiterhin sollte auf breiter wissenschaftlicher Basis untersucht werden, ob das injizierte Fett womöglich Krebszellen beeinflusst, die trotz Amputation und Nachbehandlung im Bereich der Brustwand verblieben sind.

Auch das Lymphödem der Arme nach Operation mit oder ohne Bestrahlung kann heute durch Eigengewebsrekonstruktionen und/oder Lymphknoten transplantation erfolgreich therapiert werden. Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen Ergebnisse von Fetttransfers ist auch hier zu berücksichtigen.

Die 36. Jahrestagung der DGS in Dresden liefert einen Überblick über die sich verfeinernden Operationstechniken und verbessernden Möglichkeiten zum Vorteil der PatientInnen.

3927 Zeichen

Kontakt:

Dr. med. Mario Marx
ELBLANDKLINIKUM Radebeul
Heinrich-Zille-Straße 13
01445 Radebeul
Tel.: +49 (0) 351 833 3352
E-Mail: Mario.Marx@elblandkliniken.de
Internet: www.elblandkliniken.de

Frauen mit erhöhtem Brustkrebs-Risiko: Welche Früherkennung raten wir?

Prof. Dr. med. Markus Peter Müller-Schimpfle, Mitglied des Kongresskomitees,
Leiter des Brustzentrums, Schwerpunkt Diagnostik, Chefarzt der Klinik für Radiologie und
Neuroradiologie, Schwerpunkt Radiologie am Klinikum Frankfurt Höchst

Vielfach sind es die jungen und prominenten Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind und im Mittelpunkt der Medienberichte stehen. Tatsächlich sind es nicht die jungen Frauen, die häufiger an Brustkrebs erkranken, vielmehr liegt das durchschnittliche Alter bei 64 Jahren. Für das Entstehen von Brustkrebs können viele Risikofaktoren in Frage kommen. Ob eine Frau, auf die bestimmte Faktoren zutreffen, überhaupt im Laufe Ihres Lebens erkrankt, darüber können keine zuverlässigen Voraussagen getroffen werden.

Frauen, denen ihre Risikofaktoren bekannt sind, können immerhin besser einschätzen, wie wichtig Früherkennungsuntersuchungen für sie persönlich sind.

Familiäre Belastung und Brustkrebs

So können erbliche Faktoren vorliegen, wenn in der Familie mehrere nahe Verwandte an Brustkrebs erkrankt sind. Eine erbliche familiäre Belastung bei Brustkrebs ist relativ selten. Sie besteht nicht bereits, wenn eine Verwandte im hohen Alter an Brustkrebs erkrankt ist. Bei circa 10 von 100 an Brustkrebs erkrankten Frauen liegen aktuell bekannte genetische Veränderungen im Erbgut vor. Am besten untersucht sind bei diesen genetischen Veränderungen die Gene mit der Bezeichnung BRCA1 (Breast Cancer Gene / Brustkrebsgen) und BRCA2. Diese Veränderung wird mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von 50 Prozent an die Nachkommen weitergegeben. Das heißt: Von zwei Frauen mit dieser genetischen Veränderung, die jeweils ein Kind bekommen, vererbt nur eine Frau diese genetische Veränderung für ein erhöhtes Brustkrebsrisiko an ihr Kind.

Frauen mit familiärer Vorbelastung werden gezielt beraten und häufiger mit Mammographie, Ultraschall und Magnetresonanztomographie (MRT) untersucht als Frauen ohne familiäre Vorbelastung. Die MRT stellt bei diesen Frauen die Methode der ersten Wahl dar. Im Fall eines konkreten Verdachts auf Brustkrebs kann jedoch die Mammographie weiterhin als essentielles diagnostisches Verfahren bezeichnet werden, ergänzt durch den Ultraschall.

Früherkennung – abhängig von Alter und Risiko

Im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogrammes wird die ärztliche Tastuntersuchung angeboten. Zwar hat die alleinige Tastuntersuchung keinen Einfluss auf die Sterblichkeit an Brustkrebs; sie kann aber dazu beitragen, das Körperbewusstsein und das eigene Gefühl für die Brust zu verbessern.

Die Brust-Ultraschalluntersuchung gilt nicht als Routine-Früherkennungsmethode. Sie wird bei jungen Frauen mit Symptomen, ab 40 Jahren mit einem dichten Brustgewebe, und in jedem Alter bei unklaren Mammographie-Ergebnissen eingesetzt. Der Nutzen ist im Sinne einer evidenzbasierten Medizin auf der Grundlage einer nachgewiesenen Wirksamkeit nicht belegt, da es keine entsprechenden Studien gibt. Der Nutzen einer Untersuchung im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen von Brustkrebs gilt dann als belegt, wenn die Anzahl der Frauen, die an Brustkrebs versterben, durch die jeweilige Untersuchung gesenkt werden kann. Auch MRT eignet sich zum bevölkerungsbezogenen Screening von Brustkrebs nicht.

Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren erhalten eine schriftliche Einladung für eine qualitätsgesicherte Mammographie innerhalb einer Mammographie-Reihenuntersuchung, ohne dass bei diesen Frauen ein Verdacht auf eine Brustkrebserkrankung besteht. Die Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm ist freiwillig. Der Nutzen ist im Sinne der evidenzbasierten Medizin auf der Grundlage nachgewiesener Wirksamkeit belegt. Eine sogenannte kurative Mammographie hingegen ist nur bei einem Verdacht auf eine Brusterkrankung gerechtfertigt.


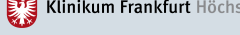
Grundsätzlich wird bei jüngerem Alter eher der Ultraschall, bei höherem Risiko eher die MRT und bei fortschreitendem Alter eher die Mammographie und hier vor allem die 3D-Mammographie (= Tomosynthese) zu nennen sein.

Besondere Beratung für Frauen mit intermediärem Brustkrebsrisiko

Während es für die Gesamtheit aller Frauen sowie für die Hochrisikogruppe leitlinienbasierte Früherkennungsempfehlungen gibt, fehlen diese für Frauen mit intermediärem Brustkrebsrisiko. Bei ihnen kommt eine operative Prophylaxe nicht in Frage, so dass der diagnostische Schwerpunkt mittels bildgebender Verfahren (Ultraschall, Mammographie, MRT) erfolgt. Dadurch werden bei Frauen mit intermediärem Risiko vermehrt falsch-positive – aber auch falsch-negative Befunde erhoben.

Daher ist für Frauen mit einer eindeutigen familiären Risikokonstellation, aber ohne BRCA1/2 – Nachweis, die Beratung zur bestmöglichen Wahl und Kombination aller zur Verfügung stehenden Modalitäten besonders wichtig.

Welche bildgebenden Methoden zur Brustkrebs-Früherkennung nach sorgfältigem Abwägen und in Absprache mit der Patientin empfohlen werden, versucht die untenstehende Matrix aufzuzeigen.

radiomedicum   Klinikum Frankfurt Höchst

Brustkrebs - Früherkennung Methode der ersten Wahl

Alter	Karzinom-Risiko			
	Normal (LZR < 15 %)	Intermediär (LZR 15-29%)	Hoch (LZR ≥ 30%)	BRCA1/2+
25-39		US (ab 30)	MRT	MRT
40-49	US	US/ 3D-MG/ MRT	MRT	MRT
50-69	2D-MG Screening	3D-MG	3D-MG	MRT
≥ 70	2D-MG	3D-MG	3D-MG	3D-MG

Intervalle: 2D/3D-MG: 2-jährlich; US: und MRT: jährlich. Ampelfarben ~ Risiko.

12.05.2016 Klinikum Frankfurt Höchst, Prof. Dr. M. Müller-Schimpfle 28

4764 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. med. Markus Peter Müller-Schimpfle
 Klinik für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin
 Klinikum Frankfurt Höchst GmbH
 Gotenstraße 6, 65929 Frankfurt am Main
 Tel.: +49 (0) 69 31062818
 E-Mail: MMS@KlinikumFrankfurt.de
 Internet: www.klinikumfrankfurt.de/kliniken-und-institute/klinik-fuer-radiologie-neuroradiologie-und-nuklearmedizin

Niedrigste Lokalrezidivrate dank gelebter Interdisziplinarität

Professor Dr. med. Sara Yvonne Brucker, Schriftleiterin der Zeitschrift Senologie,
Ärztliche Direktorin Forschungsinstitut für Frauengesundheit und Stellv. Geschäftsführende
Ärztliche Direktorin Department für Frauengesundheit, Universität Tübingen

Wenn bei Patientinnen eine Brustkrebserkrankung nach zunächst erfolgreicher Behandlung wieder auftritt, aber nach wie vor auf die Brust und das angrenzende Gewebe beschränkt ist, sprechen die Experten von einem Lokalrezidiv.

Bei etwa fünf bis zehn von hundert Patientinnen kommt es innerhalb von zehn Jahren nach der Erstbehandlung zu erneutem Tumorwachstum im verbliebenen Brustgewebe. Wurde die Brust entfernt, kann ein Rückfall an der Brustkorbwand auftreten. Betroffen sind etwa vier von hundert Patientinnen. Auch dann sprechen die Fachleute noch von einem Lokalrezidiv.

Anzeichen für ein Lokalrezidiv können knotige Veränderungen oder Rötungen der Haut der operierten Brustseite sein. Kleinere Veränderungen, die nicht mit bloßem Auge sichtbar sind, werden in der Nachsorge z. B. durch Sonographie und Mammographie sichtbar. Bei unklaren Befunden kann die Kernspintomographie hilfreich sein. Bei einem Lokalrezidiv nach brusterhaltender Operation muss man mit den behandelnden Ärzten klären, ob erneut brusterhaltend operiert werden kann oder nicht. Ob neben der Operation eine antihormonelle Therapie, eine Chemotherapie oder eine zielgerichtete Therapie notwendig ist, hängt von den individuellen Befunden und der konkreten Risikoabschätzung durch die behandelnden Ärzte ab. Außerdem muss überprüft werden, ob eine Bestrahlungsindikation besteht.

Das Kooperieren der Fachdisziplinen (Gynäkologen, gynäkologische Onkologen, Radiologen, Radioonkologen, Pathologen, Humangenetiker, Psychoonkologen) in den Brustzentren hat (lebensentscheidende!) Vorteile für die Patientin: Von einer schnellen Entscheidungsfindung über die bestmögliche Therapie bis hin zu Kooperationen mit Selbsthilfegruppen. Ein Hinweis, dass diese Zusammenarbeit sehr gut gelingt, ist eine sehr niedrige Lokalrezidivrate. Denn nur, wenn vor der Operation von den Radiologen und den Gynäkologen der Tumor in seiner Ausdehnung exakt lokalisiert wird und dann während der Operation z.B. mit dem Ultraschall genau die Grenzen angeschaut werden, der Pathologe das entnommene Gewebe genau untersucht und dann am Ende in der postoperativen Senologie-Konferenz die Patientin mit allen genau besprochen wird, kann eine Lokalrezidivrate von unter fünf Prozent erreicht werden. Am Brustzentrum des Universitätsklinikums Tübingen, wo pro Jahr über 1000 Brustkrebspatientinnen – häufig mit aggressiven Tumoren – operiert werden liegt diese, die gesamten vergangenen zehn Jahre betrachtet, bei 4,5 Prozent. Im Durchschnitt konnten 76 Prozent der Patientinnen mit pT1 Tumoren brusterhaltend operiert werden. Hinzu kam eine sehr niedrige Nachresektionsrate: Sie lag bei Patientinnen, die brusterhaltend operiert wurden, bei nur neun Prozent. Während der jährlich stattfindenden Audits in den zertifizierten Brustzentren wird genau nach diesen, für die Patientin so wichtigen, Parametern geschaut und durch die Qualitätsüberprüfung ein stetiger Optimierungsprozess auf den Weg gebracht.

Neben der gelebten Interdisziplinarität sieht Professorin Sara Yvonne Brucker vom Südwestdeutschen Tumorzentrum auch die regelmäßige, leitliniengerechte Nachsorge als wesentlich: Je früher ein Lokalrezidiv entdeckt wird, desto wahrscheinlicher ist eine komplette operative Entfernung möglich.

3545 Zeichen

36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS),
26. bis 28. Mai 2016, Internationales Congress Center Dresden

Kontakt:

Professor Dr. med. Sara Yvonne Brucker
Forschungsinstitut für Frauengesundheit
Universitäts-Frauenklinik
Calwerstr.7, 72076 Tübingen
Tel.: +49 (0) 7071 2980791
E-Mail: sara.brucker@med.uni-tuebingen.de
Internet: www.uni-frauenklinik-tuebingen.de

Notwendigkeit einer strukturierten und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit mit Fokus auf der Informiertheit und dem Nutzen der Ratsuchenden und Patientinnen

Prof. Dr. med. Rita K. Schmutzler

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs und Koordinatorin des Deutschen Konsortiums
Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Uniklinik Köln

Präsentation eines Projektes zur Verbesserung der Versorgung von Risikopatientinnen im
Rahmen der Abschlussveranstaltung der Förderung im Nationalen Krebsplan mit Herrn
Minister Gröhe am 19.5. 2016

(<http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/forschung-im-nkp.html>)

Bei rund 30% der Brust- und Eierstockkrebserkrankungen liegt eine erbliche Belastung vor. Die Hochrisikogene *BRCA1* und *BRCA2* erklären jedoch nur rund 5-7% der Erkrankungen. Durch genomweite Untersuchungen auf modernen technologischen Plattformen, an denen das Deutsche Konsortium federführend beteiligt ist, werden derzeit neue Risikogene im Rahmen hochaktueller wissenschaftlicher Projekte identifiziert. Bislang fehlen jedoch fundierte Daten zu den konkreten Erkrankungsrisiken und der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen. Die bisherigen Befunde belegen 1. die Existenz vieler weiterer Risikogene, 2. das unterschiedliche Erscheinungsbild der genetisch charakterisierten Tumortypen und 3. eine hohe Rate unklarer genetischer Varianten, die zu Fehlinterpretationen führen können.

Diese Komplexität erfordert dringlich die systematische Erfassung und klinische Validierung neuer Risikogene. Dies kontrastiert jedoch mit der Versorgungsrealität: Bereits jetzt werden unterschiedliche Genpanels mit über 90 Genen unkritisch in der Regelversorgung eingesetzt und nicht systematisch klassifiziert. Auf Grund fehlender Interpretationskompetenz kommt es zu therapeutischen wie präventiven Fehlentscheidungen bis hin zu nicht-indizierten prophylaktischen Operationen. Das Deutsche Konsortium setzt sich daher nachhaltig für eine evidenzbasierte und strukturierte Betreuung der Ratsuchenden zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit ein. Das Ziel besteht darin, medizinisch nicht indizierte klinische Maßnahmen zu vermeiden und so auch eine Fehlallokation von Mitteln der Solidargemeinschaft zu verhindern.

Dies kann nur mit einer Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung gelingen. Risikopersonen brauchen Zugang zu umfassenden und gesicherten Informationen, die es Ihnen erlauben, eine informierte und präferenzsensitive Entscheidung zu treffen. Hierzu ist auch ein Wissenstransfer von spezialisierten Zentren zu Krebszentren erforderlich. Beides soll erreicht werden durch strukturierte Qualifizierungsmaßnahmen der Ärzte, die eine qualifizierte Risikokommunikation erlauben. Des Weiteren sind Patienteninformationen zur partizipativen Entscheidungsfindung dringend erforderlich.

Daher wurden folgende Initiativen ergriffen bzw. umgesetzt:

1. In 2015 konnte das Deutsche Konsortium erstmals einen wegweisenden sektorenübergreifenden Vertrag zur Betreuung von Risikopersonen mit dem vdek abschließen.
2. Offene Fragen werden in begleitenden Forschungsprojekten bearbeitet. So konnte das Deutsche Konsortium in 2015 eine Förderung im Rahmen des hochangesehenen und kompetitiven EU-Förderprogramms HORIZON2020 zur Identifizierung und klinischen Validierung weiterer Risikogene einwerben.
3. Ein Projekt des Deutsche Konsortium mit Fokus auf den ethisch, rechtlich, sozialen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen der risikoadaptierten Prävention wurde im Rahmen der Förderung im Nationalen Krebsplan durchgeführt und die Ergebnisse am 9.5.2016 Bundesgesundheitsminister Gröhe im Rahmen der Abschlussveranstaltung präsentiert.

Diese in Deutschland exemplarisch gute Zusammenarbeit wird die Betreuung von Risikopersonen maßgeblich voran bringen und die Einführung genomtriebener neuster Präventionskonzepte unter Berücksichtigung von Evidenz und Patientennutzen ermöglichen.

3761 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. Rita Schmutzler
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 34
50931 Köln
Tel.: +49 (0) 221 478-86509
E-Mail: rita.schmutzler@uk-koeln.de

Fusion und Hybrid – Die Zukunft mammographiebasierter Bildgebung

Prof. Dr. med. Rüdiger Schulz-Wendtland,

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS),

Leiter der Gynäkologischen Radiologie des Radiologischen Institutes des
Universitätsklinikums Erlangen

Die Mammographie ist die zentrale Bildgebungsmethode zur Detektion des Mammakarzinoms. Sowohl technische Verbesserungen als auch populationsbasierte und randomisierte Studien konnten dazu beitragen, dass in vielen Ländern die Mammographie als Screeninguntersuchung für das Mammakarzinom angeboten wird und sie die Grundlage der klinischen Diagnostik der Brustdrüse ist.

In der modernen Datenverarbeitung werden die Bilder der digitalen Mammographie mit Methoden der digitalen Bildverarbeitung und -analyse aufbereitet, modifiziert und automatisch wichtige Informationen ausgewertet. Diese Methoden bilden eine wichtige Grundlage der Weiterentwicklung der digitalen Mammografie und werden auch die Entwicklung von Neuheiten der nächsten Jahre bestimmen.

Die Herausforderung besteht darin, die bildgebenden Verfahren zu fusionieren bzw. hybridisieren, und vor allen Dingen eine Verwaltung der Daten zu erreichen. Dies ist eine Aufgabe für die Zukunft der bildgebenden Mammadiagnostik und für die daraus resultierende Therapieentscheidung.

Die wichtigste Entwicklung im Bereich der röntgenbasierten Mammabildgebung ist in den nächsten Jahren die strukturierte Integration einer dreidimensionalen Information in die Interpretation der Mammographie. Dies kann durch den Einsatz der Tomosynthese, aber auch durch die Fusion anderer dreidimensionaler Daten mit der Mammografie und/oder der Tomosynthese erfolgen. Die Fusion verschiedener bildgebender Verfahren könnte im klinischen Ablauf und ggf. in Screeningprogrammen dazu beitragen, diese Untersuchungen zeiteffizient durchzuführen.

Getestet: Fusion 3D-Ultraschall und Mammografie

Die alleinige Mammographie der Brust im Screening weist eine Sensitivität von ca. 60-80% auf. Bei speziellen Patientinnengruppen, wie beispielsweise Frauen mit einer hohen mammografischen Dichte, hat die alleinige Mammographie als Screeningmaßnahme nur eine Sensitivität von 38 bis 48 Prozent. Für solche Frauen wird momentan die Hinzunahme der Ultraschalluntersuchung zur Mammographie diskutiert. Im klinischen Alltag ist die komplementäre Mammadiagnostik für alle Patientinnen längst Standard in der Routinediagnostik.

In einer Untersuchung mit einem Fusionsprototypen zur Mammographieaufnahme und dreidimensionalem Ultraschall im Vergleich mit einem Mammographiegerät und einem Standard-Ultraschallkopf konnten keine Qualitätsunterschiede festgestellt werden. Dabei wurde ein neues Verfahren mit einem automatisierten Standard-3D-Ultraschallgerät gekoppelt mit einem Standard-Mammographie-System an 20 Brustkrebspatienten getestet.

Dieser neue Ansatz ermöglicht eine gleichzeitige Aufnahme eines Röntgen- und Ultraschallbildes. Die Datenanalyse zeigt keinen Qualitätsunterschied der Aufnahmen im Vergleich zur konventionellen Mammografie. In der Studie wurden 20 Patientinnen mit invasivem Brustkrebs berücksichtigt.

Die Fusion eines automatisierten 3D-Ultraschallgerätes mit einem Mammographiegerät liefert Mammographieaufnahmen von vergleichbarer diagnostischer Qualität. Darüber hinaus ermöglicht das Gerät die 2. Bildmodalität der komplementären Mammadiagnostik, den Ultraschall, ohne signifikanten Zeit- und zusätzlichen Untersucheraufwand. Diese Neuerung könnte die Sensitivität und Spezifität des etablierten gesetzlichen Früherkennungsprogramms in Deutschland signifikant verbessern.

Diagnose DCIS – Bedeutung für Patientinnen

Krebsvorstufen (Duktales Carcinoma in situ, DCIS) aus denen sich ein invasiver Brustkrebs entwickeln könnte, werden infolge von Screening-Programmen häufiger diagnostiziert als früher. Es gilt Über- und Untertherapien zu vermeiden. Einerseits sollten Frauen nicht unnötig operiert und bestrahlt werden, indem differenziert festgestellt wird, dass sie Zeit ihres Lebens keinen invasiven Brustkrebs bekommen würden. Andererseits können sich infolge von Fehldiagnosen und Untertherapien, bei DCIS-Patientinnen trotz OP und Strahlentherapie später Brusttumoren entwickeln. Hochgradig gefährliche Veränderungen, beispielsweise alle bei Frauen unter 40 Jahren und sehr große festgestellte DCIS, sind immer aggressiv zu therapieren.

In der Diagnostik des DCIS sollten einzelne Risikograde noch genauer unterschieden werden, um Frauen individualisierter behandeln zu können. Es gibt gut begründete Hypothesen, dass mammographiebasierte Screeningprogramme von einer individualisierten Vorgehensweise profitieren könnten. Die zu prüfenden Verfahren würden einerseits individuell zusätzliche Bildgebungsverfahren nutzen und andererseits auch molekulare Informationen über die Patientin und das Brustdrüsengewebe berücksichtigen.

4646 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. med. R. Schulz-Wendtland
Radiologisches Institut/Gynäkologische Radiologie
Universitätsklinikum Erlangen
Universitätsstr. 21-23, 91054 Erlangen
Tel.: +49 (0) 9131 853 3460
E-Mail: ruediger.schulz-wendtland@uk-erlangen.de
Internet: www.radiologie.uk-erlangen.de

**Update: PRAEGNANT Studie –
Prospektives akademisches translationales Forschungsnetzwerk zur
Optimierung der onkologischen Versorgungsqualität in der adjuvanten und
fortgeschrittenen/metastasierten Situation**

Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS),

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG),

Ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und Geschäftsführender Ärztlicher
Direktor des Departments für Frauengesundheit

In den letzten Jahrzehnten sind kontinuierliche Fortschritte in der Erforschung und
Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms erzielt worden. Angesichts des extremen
Wissenszuwachses ist das gemeinsame Ziel, eine möglichst passgenaue, personalisierte,
effektive und nebenwirkungsarme Brustkrebs-Therapie.

Heute wissen wir, dass das Mammakarzinom als Überbegriff für eine Vielzahl molekular
definierter Tumortypen zu verstehen ist. Zudem unterliegt die Erkrankung im Rahmen des
Metastasierungsprozesses einem ständigen biologischen Wandel. Bedingt durch eine
Vielzahl von Prozessen sind daher wiederholte Biopsien und Re-Analysen der molekularen
Eigenschaften des Tumorgewebes sinnvoll. Dafür sollten regelmäßig Biomarker auf jeder
Ebene der Systembiologie bestimmt werden (Genetik, Epigenetik, Genexpression, micro-
RNA, Proteomics, etc.), was im klinischen Alltag allerdings nicht routinemäßig erfolgt. Die
Leitlinien empfehlen zwar die gezielte Untersuchung von Metastasengewebe, tatsächlich
findet diese aber nur bei einer Minderheit der Patientinnen statt.

Moderne Untersuchungsmethoden lassen u. a. anhand von Blutproben Rückschlüsse auf
Eigenschaften des Tumors zu. Beispielsweise können aus Expressionsanalysen,
Mutationsanalysen des Tumors, Abberationen von Genkopien im Tumor usw. Aussagen
über Art und Entwicklungsstadium des Mammakarzinoms abgeleitet werden. Aufgrund der
Notwendigkeit einer stetigen Verbesserung der Versorgungsqualität, der Heterogenität der
genannten Analyseergebnisse und der logistischen Herausforderungen kann der klinische
Nutzen jedoch nur im Forschungsverbund einer Vielzahl von behandelnden Ärzten und
Zentren realisiert werden.

Im Rahmen der PRAEGNANT-Studie sollen in 80 Zentren insgesamt 3500 Patientinnen mit
der Diagnose eines metastasierten Mammakarzinoms unabhängig von Tumorbiologie,
Metastasierungsmuster und der aktuellen bzw. bisher erfolgten Therapie eingeschlossen
werden. Ziel ist der Aufbau eines Forschungsnetzwerks, in dem Kliniken/Brustzentren und
niedergelassene Ärzte (Gynäkologen und Onkologen) eng zusammenarbeiten und durch
welches eine strukturierte Erfassung und Analyse von krankheitsspezifischen und -
relevanten Daten zu Tumorbiologie, prädiktiven und prognostischen Biomarkern, Therapie
bzw. Therapieverträglichkeit, Outcome, Pharmakoökonomie und Versorgungsqualität
möglich ist.

Aktuell wurden 1287 Patientinnen und Patienten an 44 Zentren in die PRAEGNANT-Studie
eingeschlossen. Unter anderem konnten wir Patientinnengruppen identifizieren die von
modernsten Medikamenten im Rahmen klinischer Studien profitieren und diesen somit
Zugang zu einer passgenauen, personalisierten Therapie ermöglichen.

2874 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener

Department für Frauengesundheit

Universitäts-Frauenklinik Tübingen

Calwerstr. 7, 72076 Tübingen

Tel.: +49 (0) 7071/2982246

E-Mail: diethelm.wallwiener(at)med.uni-tuebingen.de

Internet: www.uni-frauenklinik-tuebingen.de



Daten und Fakten zur 36. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie e.V. (DGS)

Eröffnungsveranstaltung:

Donnerstag, 26.05.2016 - 12:00-13:30 Uhr im Saal 3
Moderation: Miriam Pielhau, Berlin

Bundesratspräsident und Ministerpräsident des Freistaates Sachsen, Stanislaw Tillich, spricht ein Grußwort auf der Eröffnungsveranstaltung am Donnerstag, den 26. Mai 2016. Auf die Entwicklung und den heutigen Stellenwert der seit 30 Jahren möglichen Brustrekonstruktion geht Prof. Dr. Feller, München, in der Keynote-Lecture ein. Prof. Craig Jordan, Houston, einer der weltweit bekanntesten Brustkrebsexperten, Entdecker der präventiven Wirkung des Brustkrebsmedikamentes Tamoxifen und der Prinzipien der Antihormone in der adjuvanten Therapie, wird die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Preisverleihungen:

- DGS Wissenschaftspreise 2016
- Klaus-Dieter Schulz Versorgungsforschungspreis
- Verleihung der Posterpreise 2016
- Neu: Dissertationspreise der DGS

Oxford-Debatten mit TED-Abstimmung

- Ist die alleinige Immunhistochemie in der Routine noch ausreichend?
- Muss die Mammographische Brustdicke den Frauen im Screening mitgeteilt werden?
- Intraoperativer Boost für alle?
- Findet durch eine neoadjuvante Behandlung eine Übertherapie statt?
- DCIS immer behandeln?
- Lymphabfluss: Mehr bestrahlen – weniger operieren?
- Metastasiertes Mammakarzinom: Lokale Therapie der Brust zielführend?
- Ist die Versorgung der Frau mit hohem Risiko im Konsortium noch zeitgemäß?
- Medizinische Onkologen versus Organonkologen: Kommunikation oder Konfrontation?

Kongress-App:

Die Kongress-App des Senologiekongresses 2016 ist für alle mobilen Endgeräte – sowohl mit iOS als auch Android-System – verfügbar und kann kostenfrei aus den entsprechenden App-Stores heruntergeladen werden. Die App enthält neben den traditionellen Inhalten (Programm, Hallenpläne, Referenten) auch die interaktive TED-Funktion für Experten zur Abstimmung beispielsweise in den Diskussionsforen und Oxford-Debatten, um das Publikum mit einzubeziehen.



Bitte beachten Sie, dass die TED-Abstimmungen nur über die App möglich sind.

Teilnehmer/innen: 2500

Wissenschaftliche Sitzungen: 180

In Sitzungen:

Vorsitzende in Sitzungen: 369

Sprecher in Sitzungen: 700

Präsentationen in Sitzungen: 617

Abstracts in Sitzungen: 158

Tagungszeiten:

26.05.2016 - 07:30-19:30 Uhr - 83 Sitzungen

27.05.2016 - 07:30-18:30 Uhr - 78 Sitzungen

28.05.2016 - 09:00-12:30 Uhr - 26 Sitzungen

Pressekontakt

Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.

Anja Frohloff und Gabriele Nioduschewski – Pressestelle

Hausvogteiplatz 12, 10117 Berlin

Tel: +49 (0) 30 514 88 33 33

Mobil: +49 (0) 152 34 37 32 96

E-Mail: presse@senologie.org

Pressebüro im Internationalen Congress Center Dresden Raum 3.40