

Stark und Selbstbewußt - trotz Brustkrebs



Ein Internetservice für Patientinnen
und Angehörige
Informieren Sie sich!

www.ueberleben-mit-brustkrebs.de

- Informationen rund um die Erkrankung, Diagnose und Therapie
- Beratung durch kostenlosen Expertenrat
- Diskussionsforum
- Broschüren zum Download
- Aktuelles zum Thema Brustkrebs
- Tagebuch einer Patientin

Stark und Selbstbewußt - trotz Brustkrebs

ueberleben-mit-brustkrebs.de

Nichts ist mehr wie vorher, wenn eine Frau an Brustkrebs erkrankt. Wut, Angst, Verzweiflung stellen das Leben der Patientin auf den Kopf. Wie sie der Krankheit am besten begegnet, muss jeder Frau für sich herausfinden. Ein Patentrezept gibt es nicht. Erfahrungen zeigen allerdings: Wer sich gut informiert, fühlt sich weniger ohnmächtig.

Das Portal ist für Patientinnen mit Brustkrebs sowie für Angehörige und Freunde. Es bietet ausführliche Informationen und wissenschaftliche Nachrichten zu Entstehung, Diagnostik und Therapieoptionen beim Mammakarzinom. Sozialrechtliche Themen, Fragen zu Rehabilitation, Sport und Ernährung werden zusätzlich angeboten.

Online Expertenrat

Individuelle Beratung durch
Expertenrat

Der Expertenrat von www.ueberleben-mit-brustkrebs.de ist ein ganz besonderer Service. Patientinnen können hier Fragen stellen, berichten von ihrem individuellen Fall und erhalten zeitnah eine kompetente Einschätzung von einem der Ärzte. Dieser Service ist für jeden Nutzer kostenfrei.



Online- Tagebuch



Tagebuch einer Patientin

Brustkrebs – Wie gehen andere mit ihrer Krankheit um? Frau Haidinger hat eine Brustkrebsoperation hinter sich und trainiert heute eisern für einen Halbmarathon – von einem Personal Trainer und einer Ernährungsberaterin unterstützt. In einer Art Tagebuch dokumentiert sie ihre Höhen und Tiefen. Mit Beispielen aber auch mit der Möglichkeit Fragen stellen zu können, macht diese Geschichte Mut, selbst aktiv zu werden und das Leben - trotz Brustkrebs - durch Sport und gesunde Ernährung positiv zu beeinflussen.



Sehr geehrte Damen, liebe Patientinnen,



Sie sind vor kurzer Zeit an Brustkrebs erkrankt. Bei einigen von Ihnen ist es schon länger her, dass sie mit dieser Krankheit konfrontiert wurden. Vor Ihrer Operation haben Sie eingewilligt, das Krebsgewebe, das nach der Diagnose übrig blieb, bei der Stiftung PATH einzulagern. Eingefroren wurde eine Probe für Sie, die restlichen Gewebeschnitte gingen als Spende an die Forschungsgewebebank von PATH. Dafür herzlichen Dank!

Heute melden wir uns zum ersten Mal bei Ihnen – bei den Frauen, die der Stiftung PATH ihr Vertrauen geschenkt haben. Wir, das ist der Vorstand der Stiftung PATH, wir, das sind Irmis Gallmeier, Elisabeth Hantke und Ulla Ohlms. Seit fünf Jahren arbeiten wir mit Engagement und Elan an diesem innovativen Patientenprojekt. Wir arbeiten ehrenamtlich. Elisabeth Hantke und ich sind selbst Brustkrebspatientinnen.

Wir freuen uns, dass wir nun endlich mit Ihnen Kontakt aufnehmen können. Das hat gedauert: Erst musste unsere Datenbank programmiert und mit Ihren Adressen gefüttert werden. Denn – bei aller Liebe zum Ehrenamt – 3.000 Adressen kann niemand mit der Hand schreiben.

Sie, liebe Patientinnen, sind mehr als 2.800 Frauen (und auch einige wenige Männer), die ihr Gewebe bei PATH eingelagert haben. Wir möchten Sie ab jetzt regelmäßig in einem Newsletter ansprechen. Das hier ist der erste.

Wir wollen Sie zweimal jährlich über die Arbeiten an der weltweit ersten patienteneigenen Tumorbank informieren. Wir möchten

über neuere Entwicklungen aus der Brustkrebsforschung berichten. Und schließlich möchten wir Ihnen nacheinander unsere sieben Kooperationskliniken vorstellen – in einer dieser Kliniken sind Sie behandelt worden.

Unter „PATH – ein Kind lernt laufen!“ finden Sie alle Daten und Fakten zur Tumorbank. Ganz besonders aber möchte ich Sie auf den Artikel „Neuere Arztberichte, aktuelle Ergebnisse Ihrer Nachsorgeuntersuchungen gewünscht!“ hinweisen. Dort wird erklärt, wie wichtig es für unsere Forschungsgewebebank ist, dass Sie uns mit Nachrichten rund um Ihre Krebserkrankung versorgen.

Sollte Ihr Krebs wiedergekehrt sein, möchten wir davon erfahren. Schicken Sie uns Ihre Arztberichte, damit wir diese wichtigen Informationen Ihren Gewebeproben beifügen können. Die Wissenschaft forscht an besonders aggressiven Tumortypen. Nur so kann die Behandlung von Brustkrebs mittelfristig deutlich verbessert werden.

Und Sie können auf diese Weise dazu beitragen.

Wir hoffen, dass Sie gesund geblieben sind. Wir sind mit Ihnen, wenn die Krankheit zurückgekehrt ist. Und wir freuen uns, wenn wir in Verbindung bleiben können. Gern können Sie uns Ihre Meinung zu PATH, zu diesem Newsletter schreiben und uns von Ihren Ideen erzählen, z. B. unter info@stiftungpath.org

Herzlichst
Ihre Ulla Ohlms

Editorial	1
PATH – ein Kind lernt laufen!	3
Daten, Fakten, Perspektiven der Stiftung PATH	
Die tapferen Schneiderlein. Auf dem Weg zur maßgeschneiderten Therapie.	4
Bericht vom San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS)	
Lost in Chicago	6
Bericht vom ASCO 2007, Kongress der American Society of Oncology	
Kooperationspartner von PATH:	9
Das Brustkrebszentrum Regio der Universität Marburg/Gießen	
Stiftung PATH? Tumorbank für Brustkrebs? Nie gehört!	10
Neuere Arztberichte, aktuelle Ergebnisse Ihrer Nachsorgeuntersuchungen gewünscht!	10
PATH vergibt erste Forschungsproben	11
Antwortformular MammaPrint®	11
Wie man Gäste glücklich machen kann	13
Über die vielfältigen Möglichkeiten des Spendens	
Impressum PATH Newsletter	15

Dieser Newsletter ist mit freundlicher Unterstützung von Novartis entstanden.
Wir danken pluspool • UNTERWEGER für die kreative Unterstützung.
PATH ist eine gemeinnützige Stiftung, die sich über private Spender und über Spenden aus der Industrie finanziert.

Wir danken insbesondere: Roche Pharma, Grenzach
Amgen, München
AstraZeneca, Wedel
Förderverein Brustzentrum „Die Revierinitiative“ an der Senologie des Marienhospitals Herne
Förderverein Robert-Janker-Krebsstiftung e. V., Bonn
GSK, München
Henkel Stiftung, Düsseldorf
Notare Zimmermann und Hauschild, Düsseldorf
Novartis Pharma, Nürnberg
Pfizer Oncology, Karlsruhe
Ribosepharm, Gräfelting
Agentur pluspool • UNTERWEGER, Hamburg

Und wir danken ganz herzlich unseren privaten Spendern.

Daten, Fakten, Perspektiven der Stiftung PATH



Ein Kind lernt bereits mit einem Jahr zu laufen. Mit sechs Jahren kommt es zur Schule. Dann erhält das kindliche Denken einen kräftigen Schub. Bei einem Tumorbankprojekt ist alles anders: Es braucht deutlich mehr

Zeit, bis es ans Laufen kommt. Aber gedacht wird von Anfang an – und zwar in hohen Umdrehungen. So war es jedenfalls bei unserer PATH-Gründerin, der Journalistin, Buchautorin und Brustkrebspatientin Ursula Goldmann-Posch. Nachdem sie 1999 die Brustkrebs-Initiative „mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs“ gegründet hatte, nachdem sie den Molekularbiologen Prof. Axel Ullrich interviewt und von der Bedeutung frischen Tumorgewebes für die Krebsforschung gehört hatte, schritt sie zur nächsten Gründung. Im Jahr 2002 legte sie mit anderen Brustkrebspatientinnen den Grundstein für die Stiftung PATH, die erste und einzige Tumorbank von Patientinnen.

Die Gründerin: Ursula Goldmann-Posch

Ihre Vision hat Ursula Goldmann-Posch so formuliert: „Ich habe PATH ins Leben gerufen, damit sichergestellt ist, dass die vitalen Lebensinteressen von Krebspatientinnen wirklich im Mittelpunkt stehen und mehr praxisorientierte und zeitnahe Forschung entsteht. Erst wenn sich Menschen mit Krebs nicht nur als Opfer, sondern auch als aktive Partner der Wissenschaft im Kampf gegen Krebs begreifen, kann dieser Kampf gewonnen werden.“ 2004 hat sich Ursula Goldmann-Posch aus dem Vorstand zurückgezogen. Aber die Entwicklung ihres „Kindes“ begleitet sie auch weiterhin als Kuratoriumsmitglied der Stiftung PATH. Am Anfang stand nicht das Wort, sondern die Idee: Anders als in „normalen“ Tumorbanken sollten bei PATH Gewebeproben sowohl für die Patientin als auch für die Forschung eingelagert werden. Wir wollten der Patientin die Verfügung über ihr Gewebe geben und sie gleichzeitig dazu ermuntern, einen Beitrag für die Krebsforschung zu leisten. Als Frauen mit Brustkrebs haben wir uns zugetraut, Patientinnen persönlich anzusprechen und ihr Vertrauen für eine großartige Idee zu gewinnen.

Sieben Kooperationskliniken

Nach den ersten beiden konzeptionellen Jahren voller juristischer und wissenschaftlicher Recherchen wurden Schritt für Schritt sieben Kooperationspartner gesucht und gefunden. Es sind dies die Brustzentren an folgenden Kliniken: Klinikum Kassel und Offenbach, Universitätsklinikum Marburg/Gießen und Regensburg, die Kliniken Bonn, St.-Johannes-Hospital Dortmund und Marienhospital sowie St. Anna-Hospital Herne. An allen Standorten arbeitet PATH eng mit den Gynäkologen und den Pathologen zusammen. Wir haben nur solche Kliniken ausgesucht, die ihre Patientinnen nach den besten Qualitätsstandards für die Therapie von Brustkrebs behandeln.

Wir Frauen vom PATH-Vorstand haben Gespräche geführt, Kongresse besucht, Vorträge gehalten, Artikel geschrieben, über Verträgen gebrütet, Qualitätsstandards gesetzt und nachjustiert – und immer wieder haben wir nach finanzieller Unterstützung für unser ehrgeiziges Projekt gesucht. Hinter uns türmen sich Berge von Anträgen, Briefen, Gutachten, Telefonaten und persönlichen Kontakten. Und vor uns sieht es nicht viel anders aus! Immer noch steht unsere Stiftung finanziell auf kleinen und tönernen Füßen. Immer noch sind wir beharrlich auf der Suche nach Spenden und Sponsoring.

Sponsoren

Bei den genannten sieben Kooperationspartnern stehen Gefrierbehälter der Stiftung PATH, in denen die Gewebeproben bei minus 180 Grad eingefroren und gelagert werden. Die Anschaffung der kostspieligen Truhen war nur über Spenden möglich. Wir danken auch an dieser Stelle unseren Sponsoren Förderverein Robert-Janker-Krebsstiftung e. V., Bonn, Förderverein Brustzentrum Herne, AstraZeneca und Pfizer.

Am längsten und nachhaltigsten unterstützt uns die Firma Roche. Sie ist von der Gründungsidee überzeugt und trägt mit einer jährlichen Spende zum Gelingen dieses Patientenprojekts bei. Inzwischen haben rund 3.000 Patientinnen ihr Brustkrebsgewebe bei uns einfrieren lassen. Carmen Waldner, Informatikerin, Brustkrebspatientin und Kuratoriumsmitglied bei PATH, hat eine hochkomplexe Datenbank programmiert. In diese werden alle Patientendaten, also die zu den Gewebeproben gehörigen Arztberichte eingegeben. Seit einigen Monaten haben wir in unserem kleinen Münchner Büro zwei tatkräftige Helfer, die die Dateneingabe auf Honorarbasis übernommen haben: Jelena Miljkovic, MTA am Münchner Klinikum Großhadern, und Tobias Anzeneder, Medizinstudent im letzten Semester.

Wie geht es weiter?

Zum Ausruhen und Zurücklehnen bleibt keine Zeit. Wenn die Dateneingabe aufgearbeitet ist, muss mit der Einholung von Follow-up-Daten begonnen werden. Um die Proben in der Forschungsbank für die bohrenden Fragen der Wissenschaft noch interessanter zu machen, brauchen wir Auskünfte zum weiteren Krankheitsverlauf. Was ist seit der Operation, seit Abschluss der Behandlung passiert? Ist die Patientin gesund geblieben oder hat sich der Brustkrebs zurückgemeldet? Das nachzufragen, wird in der medizinischen Forschung „Follow-up“ genannt. Wenn wir Nachsorgeberichte und Arztbriefe von den Patientinnen haben, deren Krebs weiter fortgeschritten ist, können wir der universitären und industriellen Forschung unsere Proben anbieten. Wir wissen, dass neue molekulare Forschungsansätze nur mit gut aufgearbeitetem, perfekt dokumentiertem und mit Follow-up-Daten versehenem Tumormaterial möglich sind. Und taufreisch muss das Gewebe sein. PATH kann das alles bieten! Aber, was wären wir ohne die Frauen, die ihr Gewebe bei uns einlagern und damit zugleich einen Beitrag für die Brustkrebsforschung leisten! Ihnen gilt deshalb unser herzlicher Dank.

Die tapferen Schneiderlein

Auf dem Weg zur maßgeschneiderten Therapie.

Bericht vom San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS)
13. – 16. Dezember 2007



Bereits zum 30. Mal in Folge fand 2007 in San Antonio, Texas, das weltweit größte und bedeutendste Treffen internationaler Brustkrebsforscher statt, das San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS). Jedes Jahr Mitte Dezember versammeln sich hier im Süden der USA rund 8.000 Teilnehmer, um neueste Forschungsergebnisse auszutauschen. Das beschauliche San Antonio, das sich vorweihnachtlich üppig und bunt geschmückt präsentiert, scheint in diesen Tagen übervölkert zu sein von Wissenschaftlern, leicht zu erkennen an ihren Kongresstaschen und Namensschildern an Anzug- oder Kostümjackets.

In den letzten Jahren wurden in San Antonio vielfach neue Therapieansätze präsentiert. Die Brustkrebsforscher konzentrierten sich vornehmlich auf die Erkundung verschiedener Mechanismen des Tumorwachstums und entwickelten daraus Medikamente, die dieses Wachstum hemmen oder ganz stoppen. Doch dieses Feld scheint jetzt weitestgehend erschlossen zu sein. Die internationalen Kongresse des letzten Jahres wiesen auf, dass in absehbarer Zeit keine Entdeckung komplett neuer Wirkmechanismen mit Therapierelevanz zu erwarten ist.

Klasse statt Masse

Nun forscht man daran, die bekannten Wirkmechanismen genauer zu ergründen mit dem Ziel, individuell für jede Patientin die beste Therapiemöglichkeit festzulegen.

Der Schlüssel zum Erfolg jeder Therapie liegt in einer optimalen Diagnostik des Tumors. Die klassischen, etablierten Kriterien der Brustkrebsdiagnostik sind:

1. Staging (TNM-Klassifikation, T = Größe des Tumors, N = Anzahl der befallenen Lymphknoten, M = Metastasenbefall)
2. Grading (G = Aggressivität der Tumorzellen)
3. Hormonrezeptorstatus (ER = Östrogenrezeptor und PR = Progesteronrezeptor)
4. HER2-Status

Diese Faktoren (mit Ausnahme der Bestimmung des Metastasenbefalls) untersucht der Pathologe anhand von Krebszellen oder Lymphknoten, die der Patientin operativ oder durch Biopsie entnommen wurden. Anhand der Resultate dieser Faktoren bestimmt dann der Arzt die richtige Therapie möglichst individuell für jede Patientin.

Da man feststellen musste, dass trotz dieses Vorgehens immer wieder Therapien erfolglos waren und ein Teil der Frauen einen Rückfall erlitt, wurde die Brustkrebsdiagnostik in den letzten Jahren laufend verfeinert, um die Therapie noch besser anpassen und damit noch erfolgreicher in ihrer Wirkung machen zu können.

Die Sprache des Tumors verstehen

Hier setzt man zunehmend auf sogenannte Genprofile: Jeder Krebs besitzt einen genetischen Fingerabdruck, in dem sämtliche Informationen über die Krankheit „hinterlegt“ sind. Bisher kann mit diesen Genprofilen bestimmt werden, ob die Patientin eine gute oder schlechte Prognose für den weiteren Verlauf ihrer Krankheit hat.

Damit hat man aber nur einen Bruchteil der Sprache des Tumors verstanden. Derzeit konzentrieren sich die Forscher darauf, Genprofile herauszufinden, die eine Vorhersage darüber zulassen, welche Therapie wirklich wirksam ist, um somit gezielter und für die Patientin schonender vorzugehen. Hierzu wurden in San Antonio einige sehr vielversprechende internationale Arbeiten präsentiert.

Für den Großteil der künftigen Gentests benötigt man entweder frisch entnommenes oder tiefstgefrorenes Gewebe. Sie als PATH-Patientin haben die Möglichkeit, zukünftig an den Fortschritten auf diesem Gebiet teilzuhaben und zur Optimierung Ihrer Nachsorge oder/und im Falle eines Rückfalls Ihre Tumorbildung mit modernsten Diagnostikmethoden untersuchen zu lassen.

Antihormontherapie im Wandel

85 % aller Brusttumoren werden durch Hormone wie z. B. Östrogen und Progesteron in ihrem Wachstum gefördert. Durch Hemmung dieser Stoffe, die der weibliche Körper vor allem vor, aber auch noch nach den Wechseljahren produziert, kann ein Rückfall verhindert werden. Bekanntestes Medikament dieser Substanzklasse ist Tamoxifen.

In San Antonio wurden neue Daten aus der ATAC-Studie präsentiert. Sie vergleicht seit 1996 die klassische 5-Jahres-Therapie mit Tamoxifen gegenüber der Therapie mit sogenannten Aromatasehemmern. Neun Jahre nach Beginn der medikamentösen Behandlung hatten aus der Gruppe, die Aromatasehemmer (hier: Anastrozol) einnahmen, 4,8% weniger Frauen einen Rückfall erlitten im Vergleich zu den Patientinnen, die Tamoxifen erhielten. Allerdings konnte im Gesamtüberleben bisher kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Wir dürfen gespannt sein, was die Auswertung der 10-Jahres-Ergebnisse der BIG-1-98-Studie (Letrozol vs. Tamoxifen) zeigen wird, die in San Antonio Ende 2008 präsentiert wird.

Aktuell haben sich international zwei Standards in der antihormonellen Therapie etabliert: Entweder wird ein Aromatasehemmer von Anfang an verordnet (sog. Upfront-Therapie) oder es wird zwei bis drei Jahre mit Tamoxifen therapiert, gefolgt von einem Aromatasehemmer (sog. Sequenztherapie). Die abschließende Auswertung der BIG-1-98-Studie kann klären, ob die sequenzielle Therapie, beginnend mit Tamoxifen, künftig Bestand haben kann.

Ausführlich diskutiert wurde in San Antonio auch das Thema „frühe Fernmetastasen“. Diese treten in den ersten zwei bis drei Jahren nach Ersttherapie auf und führen meist zu einem ungünstigen Verlauf der weiteren Erkrankung. Die Vermeidung dieses

Rückfalls rückt somit zunehmend in den Vordergrund einer langfristig erfolgreichen Brustkrebstherapie. In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, dass durch den Einsatz von Aromatasehemmern (z. B. Letrozol) diese frühen Fernmetastasen erfolgreicher vermieden werden können als durch die Gabe von Tamoxifen. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfiehlt daher in ihren neuen Leitlinien von 2008 die Upfront-Therapie mit Aromatasehemmern.



Apropos Hormone

Auf dem San Antonio Symposium 2006 präsentierte Dr. Peter Ravdin vom M.D. Anderson Cancer Center in Texas eine Brustkrebsstatistik mit dem Resultat, dass die Anzahl der Neuerkrankungen in den USA im Jahr 2003 um 8% gesunken war im Vergleich zu 2002. Er führte dies auf die „One Million Women Study“ der WHO zurück, die die Folgen der Hormonersatztherapie bei Frauen während der Wechseljahre untersuchte. Die Resultate dieser Studie wurden Anfang 2003 veröffentlicht und belegten ein deutlich erhöhtes Brustkrebsrisiko bei Einnahme dieser Substanzen. Daraufhin reduzierte sich die Anzahl der Frauen, die Hormonersatzpräparate nahmen, weltweit drastisch.

Dieses Jahr präsentierte Dr. Ravdin in San Antonio neue Zahlen von 2004, die den Trend bestätigten. Somit erhärtet sich der Verdacht, dass die Einnahme von Hormonersatzpräparaten während und nach den Wechseljahren das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, deutlich erhöht.

Einer für alle

Etwa ein Viertel aller Brusttumoren trägt an der Zelloberfläche zwei bestimmte sogenannte Rezeptoren (ERB1 bzw. HER1 und ERB2 bzw. HER2), die für das Wachstum der Tumorzellen mitverantwortlich sind. Blockiert man diese, wird das Tumorwachstum verhindert. Bekanntestes Präparat mit diesem Wirkprinzip ist Trastuzumab (besser bekannt unter dem Handelsnamen Herceptin®), das gezielt am HER2-Rezeptor andockt, ihn inaktiviert und somit das Tumorwachstum hemmt.

Nun gibt es einen zweiten Wirkstoff, der beide Rezeptoren, HER1 und HER2, inaktiviert: Lapatinib. In den USA ist diese Substanz bereits zugelassen, am 13. Dezember 2007 erteilte die europäische Arzneimittelzulassungsbehörde EMA eine sogenannte „positive opinion“ für diese Substanz – eine Meldung, die auf dem SABCS für einiges Aufsehen sorgte. Allerdings steht bis zum heutigen Tage (Anfang Mai 2008) die Zulassung für Lapatinib in Europa aus, da es neue Hinweise auf eine Lebertoxizität des Wirkstoffes gibt.



Zukunftsmusik in der Brustkrebstherapie

Zwei sehr interessante, wenn auch noch sehr experimentelle Therapieansätze wurden auf dem San Antonio Symposium präsentiert:

Insulin

Zellforscher wissen seit langem, dass Insulin das Wachstum aller Zellen fördert, so auch das von Krebszellen. Diabetikerinnen haben nachweislich ein deutlich erhöhtes Brustkrebsrisiko. Einige Arbeitsgruppen forschen an Anti-Insulinen, mit denen sie die Brustkrebszellen von der Insulinzufuhr abschotten wollen, was zu einem „Aushungern“ der Krebszellen führt.

Diese Tatsache bestätigt außerdem aus einem anderen Blickwinkel heraus den Rat, dass Frauen generell, vor allem aber von Brustkrebs betroffene Frauen, darauf achten sollten, ihr Normalgewicht zu erreichen bzw. zu halten. Denn übergewichtige



Frauen haben aufgrund der Einlagerung im Fettgewebe nicht nur einen erhöhten Östrogengehalt, was das Brustkrebsrisiko (auch das eines Rückfalls!) deutlich erhöht, sie haben auch ein erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken.



Tumorstammzellen

Zu diesem Thema gab es in San Antonio einige Vorträge – die Existenz von Tumorstammzellen wurde darin klar nachgewiesen. Aus diesen sehr wandlungsfähigen „Ursprungszellen“ entstehen Krebszellen. In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass diese Stammzellen sehr robust sind und weder durch Bestrahlung noch durch Chemotherapie zerstört werden können. Nun wird daran geforscht, wie man diese Ursprungszellen des Tumors gezielt zerstören kann, um Rückfälle zu verhindern. Denn das Wiederauftreten von Krebs nach Operation und Therapie führen Forscher auch darauf zurück, dass mit den Therapien die Stammzellen nicht zerstört werden und daraus ein neuer Tumor entsteht.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der Trend in der Brustkrebsforschung international dahin geht, die Mechanismen der Krankheit besser und detaillierter zu verstehen und diese individuell für jeden Tumor und jede Patientin zu analysieren, um eine maßgeschneiderte, wirksame und schonende Therapie für jede Brustkrebspatientin anwenden zu können.

Irmi Gallmeier



1. Klima, Kodex und Charakteristika

Der ASCO ist der weltweit größte Krebskongress. Onkologen aus aller Welt pilgern dorthin. Auf dem riesigen Kongressgelände hasten 31.000 Mediziner von einer Vorlesung in die nächste. Hallen mit 3.000–5.000 Zuhörern sind die Regel. Wer Überschaubares oder gar Kommunikatives sucht, ist hier fehl am Platz.

„Lost in Chicago.“ Patientenvertreter fühlen sich auf diesem Kongress verloren: zu groß, zu anonym, zu unübersichtlich, zu hektisch. Das Tempo der Vorträge ist auch für Menschen, die gut im Englischen sind, kaum mitzuhalten. Man ist zwischen Zuhören, Verstehen, Mitschreiben und dem Studium der riesigen Leinwandpräsentationen hin- und hergerissen. Da kommt Neid auf den japanischen Nachbarn auf, der über zwei Stunden tief und fest die wichtigsten Highlights verschläft.

Im Programm sind alle Referenten ausgewiesen – und zwar mit gläsernen Taschen: Bei jedem Vortragenden ist angegeben, welche Verbindungen er zu Pharmafirmen hat, welche ihm Honorare spendieren, ob er Aktien hält und wer seine Forschungsarbeiten sponsert. Dieser Ehrenkodex gefällt mir.

In den Veranstaltungen wird nicht nur der Siegeszug neuer Medikamente rausposaunt – zur Sprache kommen auch misslungene Studien, z. B.: Bei der Behandlung von Fatigue (= Erschöpfung nach Krebsbehandlung) wurden gleich mehrere Rohrkrepierer vorgestellt. Der Versuch, Fatigue mit einem Antidepressivum (Setralin) zu behandeln, wurde abgebrochen – es brachte nichts für die Patienten. In einem anderen Fall wurde Donepezil in der metastasierten Situation verabreicht. Auch hier keine Besserung, sondern mehr Übelkeit. Solche Studien werden sofort beendet.

Am 1. Juli fand im Grant Park Chicago eine Rallye von Krebsüberlebenden statt. Der Bürgermeister von Chicago, Richard Daley, war auch dabei. Aber viel wichtiger waren Zeitungen seine Frau Maggie, die als Brustkrebsüberlebende eine



Rede hielt und sich über fünf Jahre Überleben freute: „This is truly a celebration!“

Die im Folgenden wiedergegebenen Eindrücke vom ASCO müssen subjektiv und beliebig bleiben – sie sind eine kleine Auswahl vom Gehörten und Verstandenen. Und sie sind journalistisch formuliert, nicht wissenschaftlich.

2. Die Sterblichkeit sinkt

Seit 1990 sinkt die Brustkrebssterblichkeit kontinuierlich. Die Gründe dafür sind das Mammographie-Screening (endlich auch in Deutschland!), die adjuvante Chemo- und Antihormontherapie und die Kombinationstherapien. Sir Richard Peto aus Großbritannien konnte erneut berichten, dass in Ländern wie den USA und England die Brustkrebssterblichkeit seit 1990 um 15–17% gesunken ist.

Aber auch der dammbrechartige Rückgang bei der Verschreibung und Einnahme von Hormonersatztherapeutika scheint auf das Konto der sinkenden Brustkrebs-Neuerkrankungen zu gehen. Der Trend ist ziemlich eindeutig.

Die Zahl der an Krebs Erkrankten, aber auch der Überlebenden, der „Survivors“, steigt an. Warum? Krebs ist eine Alterserkrankung, und die Menschen in den Industrienationen werden immer älter. So sind heute bereits 3–5% der US-Bevölkerung Survivors.

3. Fatigue, Hitzewellen und „Chemobrain“

Rund 30% aller Brustkrebspatientinnen klagen über Nebenwirkungen ihrer Therapien: Schlafstörungen, Erschöpfung und Antriebsschwäche, kurz: Fatigue. Aber es lohnt der genaue Blick auf die Symptome und mögliche Ursachen: Schlaflosigkeit, Müdigkeit und Depressionen sind bekannte Begleiterscheinungen der Wechseljahre und insofern nicht untypisch für Frauen im „besten“ Brustkrebsalter. Für Fatigue kann es viele Gründe geben, aber es scheint falsch zu sein, alles auf die Chemotherapie zu schieben. Oft überlappen sich die Symptome mit den ganz normalen Wechseljahrsbeschwerden.

Hitzewellen gehören zu den häufigsten Erscheinungen von Chemo- und Antihormontherapie. Zum Management dieses Symptoms wurde u. a. lockere Kleidung empfohlen. Danke, Docs! Darauf wären wir Frauen selbst nie gekommen. Placebos (= Medikamente ohne Wirkstoff) helfen übrigens bei rund 25% der Frauen. Also: Her mit den Pfefferminzplätzchen!

Vaginale Trockenheit ist eine weitere unschöne Langzeitwirkung – das wissen viele Frauen in der antihormonellen Therapie. Vaginale Östrogene können helfen, ihre Gefahren wurden aber unterschiedlich bewertet. Wenn man weiß, dass sich der Östrogenspiegel unter der Einnahme von östrogenhaltigen Cremes verdoppelt, kann man nur zur Zurückhaltung raten. Bei Tamoxifen scheint das Trockenheitsproblem gut handhabbar zu sein. Bei Aromatasehemmern – gestehen auch Ärzte und Forscher ein – gibt es größere Probleme, diese unangenehme Begleiterscheinung zu mildern.

Beliebt sind bei Patientinnen die Theorien zum Chemobrain, d. h. die Vergesslichkeit nach Chemotherapie. Von dieser schönen Entschuldigung für die eigene Zerstretheit dürfen wir jetzt Abschied nehmen: Das geistige Leistungsvermögen von Brustkrebspatientinnen scheint sich durch die Chemotherapie nicht zu verschlechtern. Was uns vergesslich macht, sind eher die psychologischen Faktoren der Krankheitsbewältigung und weniger die letzten beiden Infusionen.

Schade! Statt den Blick auf unser Geburtsdatum zu richten oder sich an die eigene Schusseligkeit zu erinnern, haben wir gern „Ach, mein Chemobrain!“ geseufzt.

Aber eines scheint gegen Fatigue zu helfen: Chinesisches Ginseng hat sich in einer randomisierten Doppelblindstudie mit 282 Patientinnen als wirksam herausgestellt. Schlaf, Vitalität und Wohlbefinden konnten gesteigert werden. Ein kritischer Zuhörer fragte allerdings zu Recht, ob man die Teilnehmerinnen denn auch nach ihren sportlichen Aktivitäten gefragt habe. Denn Sport – das ist bewiesen – steigert das Wohlbefinden von Krebspatienten deutlich. Nein, das hatte man leider vergessen.

4. TAILORx und MINDACT – zwei Studien zu Genexpressionsprofilen

Weil zielgerichtete Therapien immer wichtiger werden, haben zwei internationale Studien auf dem ASCO große Aufmerksamkeit erzielt. Volles Haus bei beiden Veranstaltungen.

TAILORx will untersuchen, ob die Entzifferung der Gene, die bei „early-stage breast cancer“ (Brustkrebs im Frühstadium) mit einem hohen Rückfallrisiko einhergehen, helfen können, eine effektivere Therapie zu entwickeln. Die größte Gruppe unter den Patientinnen sind die rezeptorpositiven Frauen ohne Lymphknotenbefall. Sie werden in der Regel genauso therapiert wie Frauen mit einem sehr hohen Risiko. Experten sind sich einig, dass oft zu viel des Guten gegeben wird. Und Chemotherapie ist nicht nur teuer, sondern auch hochgiftig.



Ziel von TAILORx ist es, zu überprüfen, ob bei Frauen mit mittlerem Risiko auf die Chemotherapie verzichtet werden kann, ob also die antihormonelle Therapie ausreicht – so Dr. Joseph Sparano, MD vom Montefiore Medical Center, New York.

Auch MINDACT, unter der Leitung von Prof. Martine Piccart, Brüssel, versucht neue Werkzeuge zu entwickeln, mit denen das Rückfallrisiko der oben beschriebenen Patientengruppe (mittleres Risiko) bestimmt werden kann. Auch hier ist das Ziel, Übertherapien zu vermeiden, Behandlungskosten und Toxizitäten zu verringern. Auch hier will man an Genexpressionsprofilen forschen. Für beide prospektiven Studien, die mit großen Patientenzahlen arbeiten, wird Frischgewebe benötigt. Molekulares Profiling ist angesagt. Gesucht werden deutliche Fortschritte in der Beurteilung/Vorhersage des Rückfallrisikos.

MINDACT zeigt, wie wichtig das fachgerechte Einfrieren und Lagern von frischem Tumorgewebe ist. Die Stiftung PATH ist also auf dem richtigen Weg. Wir fühlen uns durch diese Studien bestärkt und wissen, wir können einen wichtigen Beitrag für die Krebsforschung leisten.

David F. Ransohoff, Epidemiologe von der University of North Carolina at Chapel Hill, meldete Kritik am Genexpressionsansatz an. Noch könne das nicht Standard werden. Zunächst habe die „Amsterdam Signature“ von Laura van't Veer große Hoffnungen geweckt. Aber die klassischen Prognosekriterien von St. Gallen (TNM-Klassifikation = Tumorgroße, Lymphknotenbefall, Metastasen, Hormonrezeptor und HER2-neu) seien nach wie vor aussagekräftig.

5. Die Kostenfrage oder warum wir Deutschen dankbar sein können

In den USA und Kanada wird über die Kosten von Krebs anders nachgedacht. Neben den direkten Krankheitskosten (Ärzte, Klinikaufenthalt, Bestrahlung, Medikamente) werden auch die indirekten Kosten berechnet. Das ist die Zeit, in der die Patientin nicht arbeitet, also der Produktivitätsausfall. Aus Kanada wurde berichtet, dass eine Brustkrebspatientin dort durchschnittlich 7,4 Monate ausfällt.

Da staunten die Amerikanerinnen aber über ein so großzügiges soziales System, das den Frauen auch noch 50% ihres Gehaltes lässt. In den USA fallen Brustkrebspatientinnen nur 10% ihrer Zeit aus. D. h., wenn wir uns die Behandlung als einen zehnmonatigen Prozess vorstellen, nimmt die amerikanische Patientin rund einen Monat frei – ein paar Tage für die Operation und ein bis zwei Tage für jeden Chemotherapiezyklus. Es gibt kein Gehalt und wer länger fortbleibt, verliert seinen Job. Ganz schön hart.

Bei aller berechtigten Kritik am deutschen Gesundheitssystem empfehle ich an dieser Stelle ein bisschen Dankbarkeit. Die meisten Patientinnen, die ich kenne, lassen sich während der gesamten Behandlungszeit krankschreiben und gehen dann noch in die Anschlussheilbehandlung. Ihr Arbeitsplatz bleibt ihnen erhalten und das Krankengeld sorgt dafür, dass der Lebensstandard nicht absinkt. Ein Traum für jede amerikanische Brustkrebspatientin.

6. Weniger Bestrahlung genauso wirksam

Die Briten kamen mit einer echten Sensation zum ASCO: In zwei großen Studien mit insgesamt 4.451 Patientinnen wurde die Frage geprüft, ob nicht auch eine kürzere Bestrahlungszeit mit einer geringeren Strahlendosis ausreicht. Und tatsächlich: Es reicht! Standard ist bisher die Gabe von 50 Gray, verteilt über fünf Wochen. Das wurde verglichen mit 40 Gray über drei Wochen. Das Ergebnis: Nach fünfjähriger Beobachtungszeit wurden die gleichen Resultate erzielt, d. h. kein Unterschied beim Auftreten von Rezidiven, Wiederkehr des Tumors am gleichen Ort.

Die Erkenntnis ist bahnbrechend. Dementsprechend setzte die Zeitung „Chicago Tribune“ diese erfolgreiche Forschungsarbeit auf die erste Seite. Es gibt viele Regionen in der Welt, in denen Frauen keinen Zugang zur Strahlentherapie haben. In Flächenstaaten und erst recht in Entwicklungsländern sind die Entfernungen zur nächsten Strahlenquelle kaum zu überwinden oder nur mit teuren Klinikaufenthalten verbunden. In solchen Fällen wird oft die Brust amputiert, weil wegen fehlender Strahlentherapie die brusterhaltende Operation nicht angezeigt ist.

Bei dieser Problematik wird übrigens auch klar, wie wichtig Forschungen im Feld der intraoperativen Bestrahlung sind. Die auf das Tumorbett gerichtete intensive Bestrahlung noch während der Operation ersetzt vielleicht bald schon die fünf- oder dreiwöchige Dauer.

7. Kongress-Splitter

- Patientenbefragungen haben ergeben, dass 47% der Brustkrebsfrauen eine Chemotherapie machen würden, auch wenn der persönliche Vorteil nur 1% betrüge.
- Bürokratie scheint kein deutsches Phänomen zu sein. Ein amerikanischer Professor beklagte, viele internationale Studien gingen deshalb aus den USA weg. In anderen Ländern seien zwei bis drei Einverständniserklärungen abzuzeichnen, in den USA müssten Patienten gleich zwölf Mal unterschreiben.
- Das gute alte Tamoxifen bleibt Standard. Es ist das am längsten und besten erforschte Antiöstrogen, das das Rückfallrisiko nachweisbar um 41% und die Sterblichkeit um 34% senkt.
- Im üblichen Gegeneinander von Aromatasehemmern und Tamoxifen, zum Upfront-Einsatz, Switch oder Extended Therapy gab es unterschiedliche Meinungen. Ein Wissenschaftler meinte, es gebe wegen der kurzen Beobachtungsdauer noch viele offene Fragen zu dieser antihormonellen Wirkstoffgruppe. Er riet vom Ersteinsatz ab. Ein anderer warnte davor, mit dem Einsatz von Aromatasehemmern fünf Jahre zu warten.
- Beim HER2-positiven Brustkrebs ist Lapatinib als kleines Molekül in aller Munde. Marc Pegram, University of California, LA, bezeichnet Herceptin® als einen Hammer, der auf die Außenhülle der Krebszelle haut, während Lapatinib wie ein Schraubenzieher im Inneren der Zelle arbeitet. Ein schönes Bild. Hoffen wir, dass die zielgerichteten Abrissarbeiten von innen und außen die aggressiven Zellen schon bald komplett zerstören können.



- Hoffnung gibt Lapatinib auch im Hinblick auf die Behandlung von Hirnmetastasen. In einer Phase-II-Studie von Nancy U. Lin, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard, konnten erste, wenn auch bescheidene Erfolge erzielt werden. Das Wachstum der Hirnmetastasen konnte gestoppt werden, einige schrumpften sogar. Die kleinen Moleküle können die sonst undurchdringliche Blut-Hirn-Schranke überwinden. Es gab auch Anhaltspunkte dafür, dass Lapatinib in Kombination mit Chemotherapie weitere Verbesserungen erzielen könnte. Dr. Lin erhielt den diesjährigen ASCO „Career Development Award“.
- Zahlreiche Vorträge gab es auch zu Avastin®, dem neuen und hoffnungsvollen Anti-Angiogenese-Hemmer. Mit diesem Ansatz wird der Tumor von seiner Blutgefäßversorgung abgeschnitten. Napoleone Ferrara erhielt deshalb den „ASCO Science of Oncology Award“ 2007 für seine bahnbrechenden Forschungen bei der Firma Genentech. Vor 17 Jahren hatte Ferrara mit der Isolierung von VEGF-Rezeptoren begonnen. Das gibt uns einen Einblick, mit welcher langen Vorlaufzeiten man bis zur Entwicklung eines Medikaments zu rechnen hat. Avastin wird inzwischen in mehr als 130 klinischen Studien bei 25 Tumorarten erforscht.
- Die richtige Behandlung älterer Frauen mit Brustkrebs gewinnt an Bedeutung – schließlich liegt das mittlere Erkrankungsalter bei Brustkrebs bei 62 Jahren. Die Patienten sind gebrechlich und haben entsprechende Krankheiten. Deshalb werden weniger aggressive Therapien empfohlen. Die antihormonelle Therapie vor der OP hat sich bewährt – auch und gerade in der metastasierten Situation. Sie zeigt ein gutes Schrumpfen des Tumors bei geringer Toxizität. Lokale Therapien wie Operation und Bestrahlung sollten bei alten Patientinnen minimiert werden – aber ohne Kompromisse beim Rückfallrisiko einzuhalten.

Ulla Ohlms

Kooperationspartner von PATH:

Das Brustkrebszentrum Regio der Universität Marburg/Gießen



Die PATH-Idee lebt vor allem von der guten Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern. Das sind die Gynäkologen und Pathologen der sieben mit PATH verbundenen Standorte unserer Truhen in Kassel, Marburg, Bonn, Dortmund, Herne/Bochum, Offenbach und Regensburg.

In jedem Newsletter wollen wir einen Standort porträtieren und die Arbeit unseres Kooperationspartners vorstellen. Wir beginnen mit dem Brustzentrum Regio der Universität Marburg. Unsere Kooperationspartner dort sind Frau PD Dr. Ute-Susann Albert, Leiterin des Brustzentrums Regio, Prof. Dr. Uwe Wagner, Direktor der Klinik für Gynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Onkologie, Frau Dr. Annette Ramaswamy am Institut für Pathologie und Prof. Dr. Roland Moll.

Wer die Universitätsklinik in Marburg sieht, in der Brustkrebspatientinnen nach modernstem medizinischem und wissenschaftlichem Standard behandelt werden, vergisst, dass dies eine sehr alte Institution ist. Die Frauenheilkunde und insbesondere die Geburtshilfe in Marburg haben eine lange Tradition. Vor 216 Jahren, im Januar 1792 wurde die „Entbindungsanstalt“ der Philipps-Universität Marburg eröffnet. Sie stellt den historisch ältesten Teil ärztlich-medizinischer Frauengesundheitsversorgung dar. Marburg ist die drittälteste Universitäts-Frauenklinik in Deutschland.

Unter dem Dach des Marburger Comprehensive Cancer Centers der Philipps-Universität wurde das Brustzentrum Regio als Kompetenzzentrum für die Lehre und Wissenschaft der Senologie (Brustheilkunde) gegründet. Das Brustzentrum Regio ist eines der ersten zertifizierten interdisziplinären Brustzentren nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie mit einem ausgewiesenen Qualitätsmanagement nach ISO 9001:2000. Zum kooperierenden Netzwerk des Brustzentrums Regio gehören sechs Krankenhäuser, sechs Rehabilitationskliniken und 73 gynäkologische Praxen, eine Mammographie-Screening-Einheit, regionale Physiotherapeuten, Psychotherapeuten und mehr als 20 Selbsthilfegruppen. Das Brustzentrum Regio ist ein fachübergreifender Zusammenschluss aller an der Früherkennung, Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge Beteiligten.

Bei allen Patientinnen mit Brustkrebs werden die Therapieentscheidungen gemeinsam getroffen. Die Kooperationskliniken nehmen mit Strahlentherapeuten, Hämatonkologen, Gynäkologen, Psychoonkologen und Radiologen an der wöchentlichen Tumorkonferenz teil. Flankiert wird die Qualität des Betreuungskonzeptes durch einen alle sechs bis acht Wochen stattfindenden multidisziplinären und multiprofessionellen Qualitätszirkel, an dem auch die Vertreterinnen der Selbsthilfe teilnehmen. Die Leiterin, Frau PD Dr. Albert, ist maßgeblich an der bundesweiten S3-Leitlinien-Entwicklung seit 1999 beteiligt, d. h., in Marburg hat die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten

zur Verbesserung der Versorgung von betroffenen Frauen einen besonders hohen Stellenwert. So steht neben der Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der Lebensqualität



Einweihung der dritten Gefriertruhe am Universitätsklinikum Marburg im November 2004

Von links nach rechts: Prof. Uwe Wagner, Dr. Ute Albert, Dr. Annette Ramaswamy und Prof. Roland Moll (Universitätsklinikum Marburg), Irmeli Gallmeier und Ursula Goldmann-Posch (Stiftung PATH), Dr. Imke Lemcke (Astra Zeneca GmbH)

als zweiter Säule der Forschung die Mitwirkung bei der Entwicklung neuer innovativer Diagnose- und Therapieverfahren im Rahmen von klinischen Studien ganz im Vordergrund.

In der Klinik von Prof. Dr. Uwe Wagner werden jährlich 270 Frauen mit Ersterkrankung operiert. Das operative Spektrum fokussiert auf maximale onkologische Sicherheit unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten, der Präferenzen und den Wünschen der Patientinnen. So gehörten die Wächterlymphknotenbiopsie und ein Spektrum verschiedener operativer Techniken der Brusterhaltung zum Standard, ebenso wie spezielle Techniken der rekonstruktiven Brustchirurgie nach Brustentfernung, einschließlich der Transplantation von Eigengewebe (Latissimus- oder TRAM-Lappenplastiken).

Die enge Kooperation mit dem seit 2006 in der Region angebotenen Mammographie-Screening und die enge Kooperation mit den niedergelassenen Frauenärzten hat den Anteil der früh erkannten Brustkrebsfälle deutlich erhöht. Das „Hand-in-Hand-Management“ von diagnostischer und chirurgischer Kompetenz spiegelt sich in dem hohen Anteil brusterhaltender Operationen (85% der Tumore kleiner 2 cm) wider.

Im November 2004 wurde am Brustzentrum Regio die PATH-Gefriertruhe eröffnet. Seitdem haben rund 600 Patientinnen dort ihr Tumorgewebe eingelagert.

Stiftung PATH? Tumorbank für Brustkrebs? Nie gehört!

Aufruf zur Mitarbeit bei Fundraising und PR

Das Sammeln von Tumorgewebe gibt eine berechtigte Hoffnung auf die Zukunft. Wir haben uns diesem Projekt verschrieben, weil wir davon überzeugt sind, dass die Krebsforschung vor großen, bahnbrechenden Erkenntnissen steht. Dazu wollen wir beitragen. „Tumorgewebe ist das Gold des 21. Jahrhunderts“ – so Prof. Dietel, Direktor der Pathologie in der Charité Berlin, als er auf einem Kongress die Bedeutung von Tumorgewebe für die Forschung erläuterte. PATH ist also auf dem richtigen Weg. Aber kaum jemand nimmt von uns Notiz. Unser Projekt ist nur in Fachkreisen bekannt. Für die öffentliche Werbetrommel, für das Sichtbarwerden nach außen fehlt uns drei Vorstandsfrauen einfach die Zeit. Und auch die Fachkompetenz in Sachen von Public Relations. PATH ist kein einfach zu verstehendes und leicht zu transportierendes Patientenprojekt. PATH ist innovativ und intellektuell anspruchsvoll. Es

ist schwer, ein solch komplexes Projekt verständlich zu machen und dafür öffentliche Aufmerksamkeit zu gewinnen. Aber die brauchen wir.

Liebe Patientinnen,

wenn eine von Ihnen aus der Werbung, aus dem PR-Bereich kommt – fühlen Sie sich einfach angesprochen. Würden Sie uns ehrenamtlich unterstützen? Können Sie ein gutes PR-Konzept entwickeln? Trauen Sie sich diese Herausforderung zu? Auch suchen wir Frauen, die uns dabei helfen, Mittel für unser Tumorbankprojekt einzuwerben. Frauen, die potenzielle Sponsoren kennen oder Erfahrungen im Fundraising haben, sind uns herzlich willkommen.

Neuere Arztberichte, aktuelle Ergebnisse Ihrer Nachsorgeuntersuchungen gewünscht!

Liebe Brustkrebspatientinnen,
liebe PATH-Frauen,

unsere Tumorbank, in die Sie Ihr Gewebe eingelagert haben, besteht aus zwei Teilen: In dem einen lagern die Patientenproben. Dieses tiefgefrorene Gewebestück ist Ihr Eigentum, über das Sie jederzeit verfügen können. In dem anderen, weitaus größeren Teil der Gewebebank lagern die Forschungsproben. Das sind die Gewebeschnitte, die nach der Diagnose und dem Einfrieren der Patientenprobe übrig geblieben sind. Diese Gewebeproben haben Sie uns freundlicherweise zur Verfügung gestellt, damit wir sie für Zwecke der Krebsforschung sammeln, dokumentieren und weitergeben können. Für diese Spende, also das Übereignen des Gewebes an die PATH-Forschungsbank möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bei Ihnen bedanken.

Was die Krebsforschung braucht

Für die Forschung sind die frisch eingefrorenen Proben von großem Wert, aber nur, wenn wir sie mit allen Daten Ihres speziellen Brustkrebstumors unterlegen können. Das haben wir gemacht: Zu jeder Forschungsprobe gibt es – natürlich streng anonym! – die Diagnosedaten und den Vorschlag, den Ihre Ärzte für die Therapie gemacht haben. Aus den meisten Unterlagen können wir auch ersehen, ob und wie Sie die Therapie absolviert haben. Was das Gewebe aber für die Forschung besonders kostbar macht, sind Angaben darüber, wie es Ihnen im ersten, zweiten, dritten Jahr Ihrer Erkrankung ergangen ist. An diesen Informationen können Wissenschaftler untersuchen, warum manche Tumor-

typen so aggressiv sind und andere eher „gemäßigt“. Sie können forschen, was die Ursachen für die unterschiedlichen Tumorphile sind und welche Waffen man dagegen einsetzen kann, d.h. welche Medikamente sich aus den Forschungsarbeiten entwickeln lassen.

Warum Ihre Arztberichte wichtig sind

Deshalb bitten wir Sie um Angaben, wie es Ihnen in der Zwischenzeit, also seit der Operation und Behandlung, ergangen ist. Sind Sie gesund geblieben? Hat man bei Ihnen ein Rezidiv festgestellt (= Wiederauftreten des Tumors am gleichen Ort)? Sind Sie an der zweiten Brust erkrankt? Haben sich bei Ihnen vielleicht Metastasen entwickelt? Das würden wir gern von Ihnen wissen. Angaben in dieser Richtung sind für die Forschung von großem Wert. Sollten Ihre Nachsorgeuntersuchungen also ein Wiederauftreten oder Fortschreiten der Brustkrebserkrankung ergeben haben, bitten wir Sie um die Zusendung der Arztberichte per Post oder per Fax an:

Stiftung PATH
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
Fax (auch zur Übermittlung medizinischer Daten):
0821/3 27 87 11

PATH vergibt erste Forschungsproben

Auch Patientinnen können direkt davon profitieren

Durch Ihre Teilnahme an PATH leisten Sie als Brustkrebspatientin einen großen Beitrag für die Tumorforschung. Der Vorstand der Stiftung PATH möchte Sie heute darüber informieren, dass er 150 Proben aus der PATH-Tumorbank der Firma Agendia BV in Amsterdam bereitstellen wird, um deren Test MammaPrint® weiterzuentwickeln.

Dieser Diagnostiktest auf Basis eines Gentests (DNA-Microarray) untersucht die Aktivität von 70 für den Krankheitsverlauf wichtigen Genen der frischen oder tiefstgefrorenen Tumorphase. Je mehr diese Gene aktiv sind, umso höher ist das individuelle Risiko einer Patientin, einen Rückfall zu erleiden. Das Testergebnis kann zusammen mit den klassischen Diagnostikdaten, die routinemäßig erhoben werden, eine präzisere Prognose über den Krankheitsverlauf liefern. Der Test klassifiziert in „Hochrisiko-“ und „Niedrigrisikopatientinnen“, d.h., eine Hochrisikopatientin würde ohne Therapie mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Rückfall erleiden. MammaPrint kann somit mehr Klarheit z.B. bei der Beantwortung der Frage liefern, ob eine Chemotherapie für die jeweilige Patientin nötig ist oder ihr diese erspart werden kann.

MammaPrint ist bisher in unabhängigen klinischen Studien an über 1.000 Patientinnen validiert worden und hat in über 7.000 durchgeführten Tests seine Zuverlässigkeit bewiesen. Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA hat den Test 2007 intensiv geprüft und zugelassen. In Europa wird der Test derzeit in einer großen internationalen Studie an über 6.000 Patientinnen mit dem Namen MINDACT dahingehend überprüft, ob er zukünftig die klassischen Diagnostikdaten ersetzen kann. Mit Resultaten aus dieser Studie ist nicht vor 2013 zu rechnen.

Wir von PATH sind der Meinung, dass MammaPrint zur Sicherung vor allem unklarer Befunde (sogenannte „intermediäre“ Fälle) auch heute schon eingesetzt werden kann – in Ergänzung zur klassischen Diagnostik. Denn um solch wichtige Entscheidungen zu treffen wie „Chemotherapie ja oder nein“, sollte man unserer Meinung nach den Ärzten alle verfügbaren Hilfsmittel für eine fundierte Entscheidung an die Hand geben.

Aber auch Patientinnen können nach Abschluss dieser adjuvanten Chemotherapie von MammaPrint profitieren. Denn Art und Intensität der nachfolgenden medikamentösen Therapie und Nachsorge sollten abgestimmt sein auf das individuelle Risikoprofil der Patientin. Die Fachgesellschaften empfehlen beispielsweise für postmenopausale Hochrisikopatientinnen mit hormonrezeptorpositivem Tumor eine mindestens fünfjährige antihormonelle Therapie

Antwortformular MammaPrint®

Bitte bis spätestens 31. Juli 2008 an PATH schicken oder faxen:

Stiftung PATH, Postfach 31 02 20,
86063 Augsburg
Fax-Nr. 0821/3 27 87 11

Ich,

Name:*
Straße:*
Ort:*
Tel.:
Operiert am:
an der Klinik:*

möchte, dass die Stiftung PATH eine Forschungsprobe meines Tumors für das MammaPrint-Projekt verwendet. Die gesamte Organisation des Proben- und Datenversands und der Übermittlung der Resultate übernimmt die Stiftung PATH. Für mich entstehen keinerlei Kosten in Zusammenhang mit diesem Projekt.

Mit der Probe wird die Aktivität bestimmter Gene meiner Tumorzellen bestimmt. Dieses Genprofil liefert einen Hinweis darauf, ob für mich ein hohes oder niedriges Risiko eines Rückfalls besteht.

Mir ist klar, dass es möglich ist, dass der Test an meiner Tumorphase eventuell aus Qualitätsgründen (z. B. Kriterien nicht erfüllt [siehe Artikel] oder zu wenig Tumorzellen) nicht durchgeführt werden kann.

Schicken Sie bitte die Testresultate an meinen behandelnden Arzt:

Name:*
Straße:*
Ort:*
Tel.:

Ort Datum

Unterschrift
*Pflichtangaben

Fax-Nr.
0821 / 3 27 87 11

mit einem sogenannten Aromatasehemmer. Diese Substanzen reduzieren nachweislich das Risiko früher Fernmetastasen deutlich stärker im Vergleich zur Standardtherapie. Zudem sollte für diese Patientinnen über eine Intensivierung der Nachsorge durch Verkürzung der Zeitintervalle und Erwägung des Einsatzes aussagekräftigerer Früherkennungsdiagnostik (z. B. PET-CT statt Mammographie) diskutiert werden.

Forschungsprojekt mit direktem Patientennutzen

Da es uns als weltweit einziger Tumorbank von Patientinnen für Patientinnen ein Anliegen ist, dass auch Sie möglichst von unserer Arbeit profitieren, bieten wir Ihnen an, dass wir für dieses Forschungsprojekt eine Ihrer Tumorgewebeprobe, die Sie uns für derartige Projekte zur Verfügung gestellt haben, verwenden und Ihr individuelles Risikoprofil bestimmen lassen.

Normalerweise kostet MammaPrint ca. 2.000 Euro und muss bisher meist von den Patientinnen selbst bezahlt werden. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes ist der Test für Sie kostenlos. Sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt über MammaPrint.

Wer kann mitmachen?

Bis 31. Juli 2008 und für die ersten 150 Patientinnen, die sich bei uns melden, können wir den Test gratis ohne Zusatzkosten anbieten.

Es gibt lediglich zwei zu beachtende Kriterien:

1. **Keine oder maximal drei** Lymphknoten waren bei Erst-diagnose befallen
2. Es wurde bei Ihnen keine neoadjuvante Therapie (= eine Chemotherapie VOR der Operation) durchgeführt

Wenn beides für Sie zutrifft und Sie Interesse haben, füllen Sie bitte das Antwortformular aus und schicken Sie dieses bitte bis spätestens 31. Juli 2008 an PATH. Wir kümmern uns um den Versand Ihrer Probe an die Firma Agendia. Diese erhält von uns die medizinischen Daten zu Ihrem Tumor, aber keinerlei personenbezogene Daten. Das Testresultat leiten wir von PATH an Ihren behandelnden Arzt weiter.

Weitere Informationen über MammaPrint finden Sie unter www.agendia.com

Wie man Gäste glücklich machen kann

Über die vielfältigen Möglichkeiten des Spendens

Kennen Sie das? Man ist eingeladen – zu einem Geburtstag, einem Jubiläum, einer Feier. Was – so lautet die bange Frage – soll ich der Gastgeberin bloß mitbringen? Blumen? Bekommt sie bestimmt von allen, denen auch nichts einfällt. Ein Buch? Ja, welches denn? Eine Vase? Die sechzehnte? Eine Tischdecke? Eine Bodylotion? Geldscheine in Blütenform gefaltet?

So, wie Sie sich bei der Suche nach dem richtigen Geschenk quälen, geht es auch den Menschen, die bei Ihnen eingeladen sind. Jetzt gibt es eine neue Möglichkeit, Ihre Gäste und unsere Stiftung PATH glücklich zu machen.

Vielleicht haben Sie im Bekanntenkreis schon einmal die Form der „Anlass-Spende“ erlebt: Immer mehr Menschen laden zu Feiern ein und bitten schon in der Einladung darum, die üblichen Geschenke durch eine Spende für eine gemeinnützige Organisation zu ersetzen. Das Alter der Gastgeber spielt dabei eine Rolle, der Haushalt ist schon lange komplett, Ersatzbeschaffungen bezahlt man aus der eigenen Tasche, und Wünsche kann man sich problemlos selbst erfüllen. Da ist die „Anlass-Spende“ eine willkommene Alternative. Und die Gäste bei Geburtstagen, Jubiläen und anderen Feiern freuen sich.

Wäre das vielleicht auch für Sie eine Idee? Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie dann an unsere Stiftung denken würden. Gern können wir Ihnen dafür eine kurze und verständliche Darstellung von PATH zur Verfügung stellen.

Aber es gibt auch traurige Anlässe, wenn nämlich der Tod eines nahenstehenden Menschen zu beklagen ist. In vielen Traueranzeigen lesen wir, dass statt Blumen und Kränzen für die Krebshilfe gespendet werden soll. Ebenso gut könnte auch die Stiftung PATH benannt werden.

Seit Gründung der Stiftung PATH bemühen wir uns um Spenden von Firmen und Privatpersonen. Es gibt gewisse Erfolge, aber es

liegt noch eine finanzielle Durststrecke vor uns. Auch zahlreiche Anträge bei öffentlichen Förderinstitutionen wie der Deutschen Krebshilfe haben unseren Schreibtisch verlassen. Leider waren wir dort nicht unter den Gewinnern.



Der Vorstand der Stiftung PATH:

Elisabeth Hantke, Künstlerin, Brustkrebspatientin,
Ulla Ohlms, Erziehungswissenschaftlerin, Brustkrebspatientin,
Irmi Gallmeier, Diplom-Marketingwirtin

Sie können unserem ehrgeizigen Patientenprojekt mit solchen und anderen Spenden sehr helfen. Wir haben deshalb ein Spendenformular beigefügt, mit dem Sie uns ohne großen Aufwand Ihre Unterstützung zukommen lassen können. Ab einer Spende von 100 € senden wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zu. Wir sind eine gemeinnützige Stiftung, Spenden an PATH sind steuerlich absetzbar.

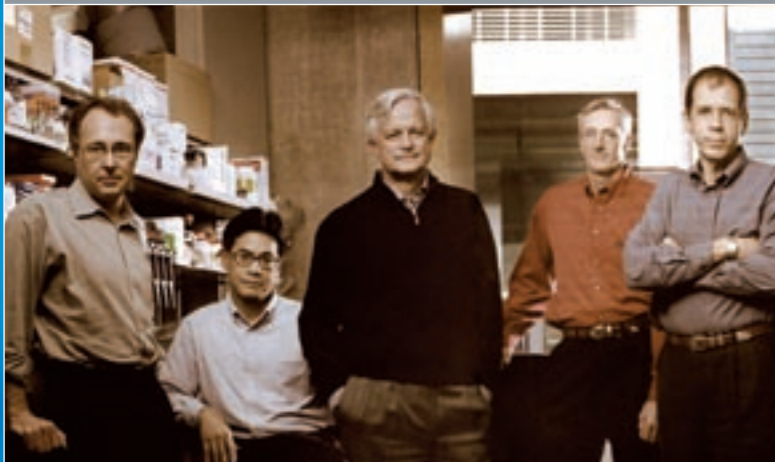
Das größte Biotechnologie-
Unternehmen der Welt.

AMGEN[®]

AMGEN - Innovationskraft durch Biotechnologie



AMGEN - 'Company of the Year' Forbes Magazine, 1/05



AMGEN - Einer der besten Arbeitgeber



Leben
mit intelligenten
Medikamenten

w w w . a m g e n . d e

Herausgeber:

Stiftung PATH Patienten-Tumorbank der Hoffnung
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
Tel. 0821/9 07 63 69
Fax 0821/9 07 63 72
info@stiftungpath.org

Redaktion:

Ulla Ohlms
Vorstand Stiftung PATH Patienten-Tumorbank der Hoffnung
Postfach 31 02 20
86063 Augsburg
ohlms@stiftungpath.org

Layout:

pluspool • UNTERWEGER

Lektorat:

Jutta Kühn