

# Prophylaktische Entfernungen

In 10 bis 15 Prozent aller Fälle von Brust- und Eierstockkrebs spielen vererbte Prädispositionen eine entscheidende Rolle. Wenn bei Ihnen ein genetisch bedingtes erhöhtes Krebsrisiko festgestellt wurde, bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich in einer persönlichen Sprechstunde umfassend über operative Massnahmen zur Risikoreduktion informieren zu lassen.

## Prophylaktische Brustdrüsenentfernung

Etwa 10 bis 15 Prozent aller Brustkrebskrankungen haben ihre Ursache in genetischen Veränderungen. Diese Veränderungen erhöhen das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, deutlich, verglichen mit dem Risiko einer Person ohne diese Gene. Dies macht sich zum Beispiel durch eine Häufung von Brustkrebs und teilweise auch anderen Krebsarten wie beispielsweise Eierstockkrebs in der Familie bemerkbar und kann über genetische Tests nachgewiesen werden.

Die häufigsten genetischen Veränderungen, die das Brustkrebsrisiko erhöhen, sind BRCA1 und BRCA2. Sie machen ungefähr 25 Prozent der erblich bedingten Brustkrebskrankungen aus. Weitere das Brustkrebsrisiko erhöhende Veränderungen treten seltener auf und betreffen Gene wie zum Beispiel PALB2, ATM, TP53, CDH1, CHEK2, RAD51C und RAD51D.

Eine prophylaktische oder risikoreduzierende Mastektomie bedeutet die vollständige Entfernung des Brustdrüsenorgans, ohne dass zum Zeitpunkt der Operation eine gesicherte Brustkrebskrankung besteht. Sie ist dann zu erwägen, wenn bei einer Patientin ein erblich bedingtes erhöhtes Risiko für eine Brustkrebskrankung besteht. Ziel der Operation ist, das Risiko, an einem Brustkrebs zu erkranken, deutlich zu verringern. In der Literatur wird eine Senkung der Erkrankungswahrscheinlichkeit von 85 bis 95 Prozent angegeben.

Bei dieser Form der präventiven Mastektomie aufgrund von familiärer Krebsbelastung und anschliessender Rekonstruktion werden hohe Anforderungen an die Ästhetik und die Dauerhaftigkeit gestellt. Die Mastektomie kann gemeinsam mit einer Rekonstruktion durchgeführt werden. Hierbei wird nur die Drüse entfernt, die Brusthaut bleibt erhalten. Alle

Verfahren der Rekonstruktion können hier angewandt werden, sowohl mit Implantaten als auch mit Eigengewebe. Bei bestimmten Techniken der Rekonstruktion werden beide Brüste gleichzeitig wiederhergestellt (bspw. bei der DIEP-Lappenplastik), bei anderen Techniken kann man auch beide Seiten zu unterschiedlichen Zeiten operieren. Über die Operation der Mastektomie und die Rekonstruktion beraten wir Sie gerne in einem persönlichen Beratungsgespräch.

Als Expertinnen und Experten für Brustrekonstruktion und aufgrund unserer Erfahrung können wir Ihnen alle Verfahren der Brustrekonstruktion anbieten. Welches für Sie das geeignete ist, können wir gerne gemeinsam besprechen.

## Prophylaktische Entfernung der Eierstöcke und Eileiter

Einige der genetischen Veränderungen können auch das Risiko erhöhen, an Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom) zu erkranken, insbesondere BRCA1 und 2. Hier ist das Risiko im Vergleich zur Normalbevölkerung (ca. 1,5% Lebenszeitrisiko) auf 30 bis 50 Prozent bei BRCA1 bzw. auf 10–30% bei BRCA2 erhöht. Auch bei bestimmten Formen des Lynch-Syndroms (Mutationen in MLH1, MSH2, MSH6) und bei Mutationen in den Genen RAD51C, RAD51D und BRIP1 ist das Risiko für Eierstockkrebs erhöht. Daher wird die prophylaktische Entfernung empfohlen. Weitere Genmutationen, die risikorehöhend sind, werden aufgrund neuer Informationsgewinnung evaluiert, sodass sich Empfehlungen immer wieder ändern können und eine Beratung immer auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Daten beruhen sollte. In manchen Fällen wird keine genetische Mutation gefunden, aber mehrere Familienmitglieder sind erkrankt. Auch dann kann eine risikoreduzierende Operation infrage kommen.

Die meisten Daten gibt es für BRCA1 und 2: Durch eine prophylaktische Entfernung der Adnexe (Eierstöcke und Eileiter) kann das Risiko, an Eierstockkrebs zu erkranken, um 80 bis 90 Prozent gesenkt werden. Auch die Gesamtmortalität sinkt um 68 Prozent. Erfolgt die Operation noch vor der Menopause, scheint dies ausserdem einen positiven Effekt auf das Brustkrebsrisiko zu haben, längerfristig vor allem für BRCA1-Patientinnen.

Das optimale Alter für die prophylaktische Entfernung der Adnexe hängt von der vorliegenden Mutation, aber auch vom Alter bei Erkrankung der Familienangehörigen ab. Prinzipiell gilt bei BRCA-Mutationen die Empfehlung zur Entfernung nach abgeschlossener Familienplanung bzw. zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr bei BRCA1 und zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr bei BRCA2. Bei moderaten Risikogenen ist eine Operation mit 50 Jahren vertretbar.

Die beidseitige Eierstock- und Eileiterentfernung wird in der Regel per Bauchspiegelung durchgeführt und ist eine Standardoperation. Die Aufenthaltsdauer im Spital beträgt durchschnittlich zwei Tage. Aufgrund der Schlüssellochchirurgie sind die Wunden klein, und die Patientinnen erholen sich in der Regel schnell. Bei Formen des Lynch-Syndroms mit erhöhtem Risiko für Eierstockkrebs ist zusätzlich auch jenes für Gebärmutterkrebs erhöht, daher wird in diesen Fällen auch die Entfernung der Gebärmutter empfohlen.

Um den Hormonentzugserscheinungen der frühen, durch die Entfernung der Eierstöcke verursachten Wechseljahre zu begegnen, stehen nicht-hormonelle, aber auch Hormonersatztherapien zur Verfügung. Bei BRCA1- und -2-Patientinnen, bei denen die Eierstöcke vor dem 45. Lebensjahr entfernt wurden, erhöht eine Hormonersatztherapie das Brustkrebsrisiko nicht im Vergleich zu den BRCA-Patientinnen, die keine Hormonersatztherapie erhielten.