



Mamma

**MIA!**

**[Spezial]**

**Das Brustkrebsmagazin**

[www.mammamia-online.de](http://www.mammamia-online.de)



# **Brustkrebs beim Mann**

Therapieoptionen im Überblick

*Dieser Ratgeber ist allen Männern gewidmet, deren Leben durch die Diagnose Brustkrebs auf den Kopf gestellt wurde.*

*Er ist außerdem allen Ärzten und Wissenschaftlern gewidmet, die sich dieser seltenen Krankheit annehmen und Heilungsstrategien entwickeln.*



*Juni 2015*



# Editorial


## Liebe Leserinnen und Leser,

einige Männer hatten uns gewarnt. Sie erklärten uns, wie schwierig es sei, Informationen und medizinische Daten über männlichen Brustkrebs zu erhalten. Und sie sollten Recht behalten. Von der Informations- und Datenflut über weiblichen Brustkrebs verwöhnt, wollten wir es nicht wahr haben, standen aber bald vor verschlossenen Türen. Die Recherche gestaltete sich mühsam, und es gab nur sehr wenige Experten, die überhaupt Erfahrung mit Brustkrebs beim Mann hatten. Einige Interviewanfragen wurden wegen mangelnder Erfahrung abgelehnt, andere schlicht ignoriert.

Noch schwieriger war die Sponsorsuche, denn ohne Sponsoren können wir unseren Lesern und Leserinnen Ratgeber wie diesen nicht zur Verfügung stellen. Auch hier blieben die meisten Anfragen einfach unbeantwortet. Umso dankbarer sind wir allen, die uns bei der Erstellung dieses Magazins unterstützt haben!

Wir hoffen, dass es uns gelungen ist, die wichtigsten Fakten zusammenzustellen, die Männer mit Brustkrebs wissen sollten. Viele Aussagen beruhen auf sehr kleinen Studien oder Erfahrungswerten. Das ist das Dilemma der erkrankten Männer: Sie müssen sich damit zufriedengeben, dass sie so und nicht anders behandelt werden, weil man das bei Frauen auch so macht und es bei Männern nicht besser weiß.

Es ist aber nicht nur für erkrankte Männer schwierig, an Informationen über Brustkrebs bei Männern zu kommen. Insgesamt ist wenig bekannt, dass Männer überhaupt an Brustkrebs erkranken können. Das führt häufig dazu, dass die Krankheit weit fortgeschritten ist, wenn sie schließlich – nach einer langen Odyssee – diagnostiziert wird. So möchten wir mit diesem Ratgeber nicht nur Brustkrebspatienten unterstützen, sondern auch generell über diese seltene Krankheit informieren und aufklären. Weitere Informationen finden Sie auch im Internet ([www.mammamia-online.de/brustkrebs-beim-mann/](http://www.mammamia-online.de/brustkrebs-beim-mann/)).

Gefällt Ihnen dieser Ratgeber? Haben Sie Anmerkungen, Ergänzungen, Neuigkeiten? Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung unter [redaktion@mammamia-online.de](mailto:redaktion@mammamia-online.de). 

Herzliche Grüße,

*E. Schumacher-Wulf*

Eva Schumacher-Wulf



# Vorwort

## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

So oder ähnlich könnte sich nachfolgende kleine Geschichte in meiner Praxis zugetragen haben: Zwei Herren von Anfang sechzig, ehemalige Schulkameraden, trafen sich nach vielen Jahren zum ersten Mal wieder in meinem Wartezimmer. Der eine begleitete seine Frau, der andere kam selbst als Patient in Begleitung seiner Lebensgefährtin.

*„Das ist ja ein Zufall, nach der langen Zeit. Und das noch beim Frauenarzt! Begleitest wohl auch Deine Frau?“*

*„Nein, ich möchte mich selbst beim Professor vorstellen!“  
„Wie? Was? Ich verstehe nicht ganz!“*

*„Ja, mein Lieber, bei mir wurde ein Brustkrebs diagnostiziert.“*

*„Wie jetzt? Du bist doch ein Mann. Du hast doch keine Brüste. Du kannst doch gar keinen Brustkrebs haben. Das bekommen doch nur Frauen!“*

*„Bis vor Kurzem glaubte ich das auch. Nun soll ich hier beim Professor Medikamente gegen die Krebserkrankung erhalten.“*

*„Ich bin sprachlos. Was es alles gibt. Wenn ich das weitererzähle, das glaubt mir kein Mensch.“*

Diese kleine Episode zeigt eindrucksvoll, wie groß das Informationsdefizit nach wie vor in der Bevölkerung ist.

Auch wenn es sich um eine seltene Erkrankung bei Männern handelt, so sollte doch eine umfassende Aufklärung erfolgen.

In vielen Zeitschriften und Büchern der vergangenen Jahrzehnte galt das Mammakarzinom des Mannes noch als besonders „bösartiger Tumor“. Ein Grund dafür war die späte Diagnostik, und diese war wiederum der mangelnden Kenntnis in der Bevölkerung, aber auch in der Ärzteschaft geschuldet.

Heute kann die medizinische Wissenschaft schon einen beachtlichen Beitrag zum besseren Verständnis dieser Tumorerkrankung leisten, obwohl es noch viele offene Fragen gibt, auf die noch keine umfassenden Antworten gegeben werden können.

Ich freue mich daher außerordentlich, dass sich die Redaktion der Zeitschrift „Mamma Mia!“ dieser wichtigen Thematik für uns Männer und deren Frauen, Kinder und Angehörige angenommen hat.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen. ✂

Ihr **Frank Förster**

Praxis für Gynäkologie & Geburtshilfe,  
Gynäkologische Onkologie & Palliativmedizin  
Chemnitz



# Vorwort

## Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Es gibt zwei typische Reaktionen, die wir Männer mit Brustkrebs immer wieder hören, wenn wir uns mit unserer Erkrankung „outen“:

„Das gibt’s bei Männern auch?“ und

„Das ist bei Männern ja nicht so schlimm!“

Diese beiden Aussagen zeigen, wie sehr diese Erkrankung in der Öffentlichkeit als reine „Frauenkrankheit“ wahrgenommen wird. Es ist weitgehend unbekannt, dass auch alle Männer unter den Brustwarzen ein angelegtes Brustdrüsengewebe haben und dass dieses – auch wenn es nicht voll ausgebildet ist – genauso wie bei Frauen entarten kann. Und leider ist vielen nicht bewusst, dass die potenzielle Lebensbedrohung bei Männern mit dieser Diagnose sogar größer ist, weil die Erkrankung bei ihnen oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt wird. Aber nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch in der medizinischen Forschung und Behandlung handelt es sich beim männlichen Brustkrebs um eine „vergessene“ Erkrankung.

Die Erkenntnisse zu dieser – meist hormonell abhängigen – Erkrankung basieren fast ausschließlich auf Studien, die mit Frauen durchgeführt wurden. Wie weit diese Erkennt-

nisse auf die anders gelagerte hormonelle Situation der Männer übertragbar sind, ist unklar.

Auch in Behandlung und Betreuung wird betroffenen Männern immer wieder bewusst, wie sehr ihre Erkrankung als Randerscheinung behandelt wird. So sind die Abläufe in den Brustzentren weitgehend auf Frauen ausgerichtet. Auch spezielle psychosoziale Angebote, wie zum Beispiel auf Brustkrebs ausgerichtete Selbsthilfegruppen, sind für Männer auf Grund der anders gelagerten Problematik meist nicht zugänglich.

Die Tatsache, dass der Brustkrebs bei Frauen in der Öffentlichkeit wie kaum eine andere Krebserkrankung thematisiert wird, macht die Situation für Männer nicht besser. Sie fühlen sich, wie eine amerikanische Brustkrebsinitiative es – anlehnend an die Identifikationsfarbe der Brustkrebspatientinnen – ausdrückt, „lost in a sea of pink“ – verloren in einem Meer von Rosa.

In diesem Sinn bedanken wir uns bei Mamma Mia!, dass sie mit diesem Spezialheft einen kleinen Tropfen „Blau“ in das rosa Meer des öffentlichen Bewusstseins träufelt. [👉](#)

Es grüßt Sie herzlich,

**Peter Jurmeister**

Vorsitzender Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.

[www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de)



Diagnose Brustkrebs Seite 37



Antihormontherapie Seite 46

- 3 Editorial
- 4 Vorwort
- 6 Inhalt
  
- 1 Leben mit Brustkrebs 8**
  - 9 Ich bin kein Indianer, sondern ein normaler Mann
  - 13 Ich hatte das Gefühl, nie wieder voll belastbar zu sein
  - 16 Ich muss mich in Geduld üben
  - 21 Ich richte mein Leben nach dem „Überleben“ aus
  
- 2 Brustkrebs beim Mann 26**
  - 27 Brustkrebs beim Mann
  - 32 Wie sieht der Tumor aus? Die Tumorbilogie
  
- 3 Diagnose Brustkrebs 36**
  - 37 Wegweiser bei der Ersterkrankung

- 4 Therapieoptionen beim primären Brustkrebs 40**
  - 41 Brustkrebs: Therapieoptionen im Überblick
  - 46 Antihormontherapie
  
- 5 Therapieoptionen beim fortgeschrittenen Brustkrebs 50**
  - 51 Fortgeschrittener Brustkrebs: Therapieoptionen im Überblick
  
- 6 Nebenwirkungen der Krebstherapie 52**
  - 53 Linderung der Beschwerden durch supportive Maßnahmen
  
- 7 Umgang mit der Diagnose Brustkrebs 56**
  - 57 Körperbild und Körpergefühl des Mannes



# Inhalt

Leitlinien und Studienlage Seite 69

58 Netzwerk Männer mit  
Brustkrebs e.V.

60 Klinik Bad Oexen

## 8 Brustkrebsstudien 62

63 Medizinische Studien

## 9 Ausblick 66

67 Was ist die beste Behandlung  
für Männer mit Brustkrebs?

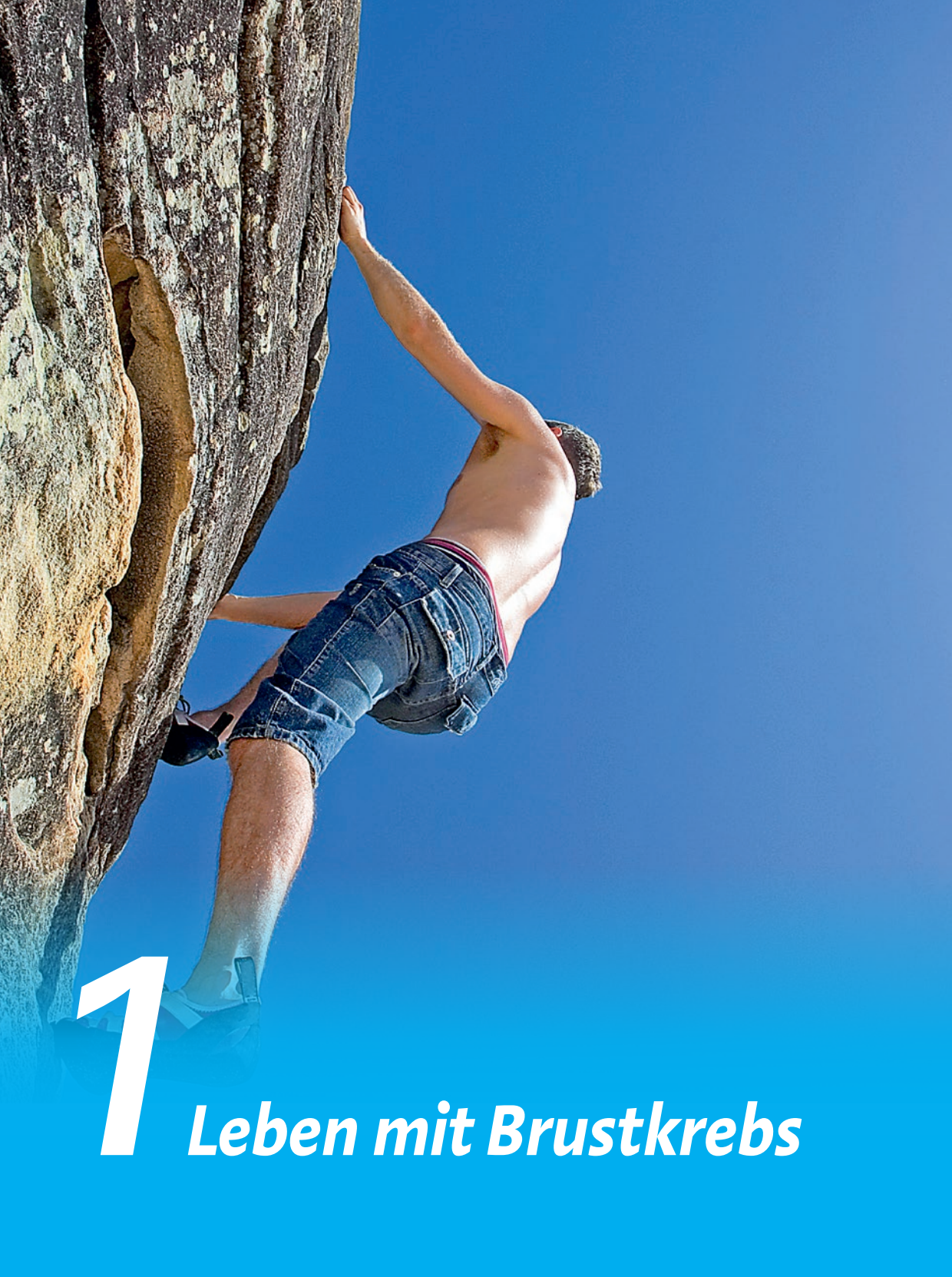
69 Leitlinien und Studienlage

## 10 Anhang 72

73 Wichtige Adressen

75 Literatur

76 Glossar



1

*Leben mit Brustkrebs*



# Ich bin kein Indianer, sondern ein normaler Mann

Dieter, Jahrgang 1968, Diagnose 2004

Im Jahr 2004 erteilte mich die Diagnose Brustkrebs. Die Anzeichen hatte ich sechs Monate lang ignoriert. Als meine Hausärztin dann den Knoten in der Brust ertastete, hatte sie direkt den richtigen Verdacht: Brustkrebs!

Sie war es, die den weiteren Weg bereitete: Mammographie ambulant, Einweisung in ein Brustzentrum, OP mit Entfernung der Brust (nur fünf Tage nach der Diagnose) und von dort Überweisung zu einem Onkologen. Der baute mich zunächst psychisch auf, denn neben dem Tumor waren 15 der 23 entfernten Lymphknoten positiv. Dann verordnete er mir eine so genannte „Sandwichtherapie“ mit vier Chemos EC, 32 Bestrahlungen und vier Chemos Taxol. An die achtmonatige Behandlung

schloss sich eine aufbauende Anschlussheilbehandlung (AHB) mit netten Menschen auf der Insel Föhr an. Dann folgte eine Antihormonbehandlung mit Tamoxifen und – nach Problemen mit den Tumormarkern – mit Femara. Zusätzlich bin ich bei einem Arzt mit Schwerpunkt TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) in Behandlung.

Dies ist nur ein kurzer Abriss meiner Krankengeschichte. Im Folgenden möchte ich beschreiben, welche Verhaltensweisen und Erfahrungen mir in den vergangenen sechs Jahren geholfen haben, mit der Erkrankung zu leben. Aber auch, mit welchen Schwierigkeiten und Enttäuschungen ich fertig werden musste – wohl wissend, dass es nur kurze Ausschnitte sein können.



## Begleitperson bei Arztbesuchen

Zu wichtigen Arztbesuchen nehme ich immer meine Frau mit. In der Phase der Diagnose und OP habe ich erfahren, dass mein Denken und die Fähigkeit, wichtige Entscheidungen und Therapien zu überblicken, im Moment der konkreten Arztaussagen nur sehr eingeschränkt sind. Meine Frau berichtete mir nach Arztbesuchen von Aussagen des Arztes, die mir fremd und unwirklich vorkamen. Ich führe dies auf eine tiefe Angst zurück, die mich bestimmte Aussagen einfach ausblenden ließ. Da meine Frau bei allen Arztgesprächen anwesend war, konnten wir abends in Ruhe noch einmal alles abwägen und diskutieren. Das ist sehr wichtig, denn es ist meine tiefe Überzeugung, dass nur eine Therapie, die von mir ausdrücklich bejaht wird, erfolgreich sein kann. Die Ärzte, die von mir aufgesucht wurden, befürworten diesen „Begleitschutz“ übrigens sehr.

## Angst und Verlust des Urvertrauens in den eigenen Körper

Die Diagnose Krebs stürzte mich in viele Ängste und eine nie gekannte innere Unruhe. Vieles brach nach der Diagnose über mich herein und es war schwierig, meine Gedanken zu sortieren. Zunächst stand die medizinische Behandlung im Vordergrund und das bedeutete Krankenhaus, OP, Arztbesuche, Änderungen im sozialen Bereich (Arbeitsstelle, Familie, Freunde, Verwandte) und vieles mehr.

Lebensziele, zeitliche Perspektiven und der Alltag mussten neu gestaltet und mit körperlichen Schwierigkeiten und Nebenwirkungen der Therapie umgegangen werden. Oft schlichen sich in den Tagesablauf Ängste ein: Wie lang kann ich dies noch machen? Werde ich mein Kind aufwachsen sehen? Würde das Leben jemals wieder so sein wie zuvor?

Zu begreifen, dass mir das Urvertrauen in den eigenen Körper verloren gegangen ist, war bitter. Bisher hatte ich doch in dem unreflektierten Glauben gelebt, „un-

sterblich“ zu sein; die Lebenserwartung eines Mannes liegt heute bei über 80 Jahren; da habe ich mit 42 doch noch mindestens 40 Jahre vor mir. Auf einmal erkannte ich, dass dieses alles eine Illusion sein könnte. Noch schlimmer war in der ersten Zeit die Angst, erneut zu erkranken. Wenn ein Muskel schmerzte oder der Rücken zwickte, stellte ich mir immer gleich die Frage: „Ist das jetzt wieder Krebs, sind das Metastasen?“ und „Warte ich erst mal ab oder gehe ich sofort zum Arzt?“

## Umgang mit Ängsten

Mehrere Aspekte haben mir geholfen, mit meinen Ängsten besser umzugehen. Am wichtigsten war und ist für mich das Gefühl, selbst aktiv sein zu können. Ich habe Infos von Betroffenen aus Büchern und Foren im Internet recherchiert. Über ein Forum habe ich auch mit einem gleichaltrigen Mann in Berlin gesprochen, der mir vieles erläutern konnte. Übungen nach Simonton und regelmäßiges QiGong als Entspannungstechnik geben mir innere Ruhe und Zuversicht.

Von besonderer Bedeutung war das Gespräch mit anderen krebsbetroffenen Männern in einem geleiteten Gesprächskreis, der sich primär mit den Auswirkungen der Erkrankung in Familie, Beruf und Psyche beschäftigte. Eine eher medizinisch orientierte Gruppe war nicht das, was ich suchte und brauchte. Dieser Gesprächskreis ist bis heute ein Ort,

- ✂ an dem ich zur Ruhe komme,
- ✂ an dem ich herausfinden kann, welche Fragen, Ängste, Sorgen für mich zurzeit wichtig sind (und seien diese im Nachhinein auch noch so abwegig...),
- ✂ an dem ich neue Gedanken in mich aufnehmen und wo ich Kraft schöpfen kann.

## Grundeinstellung

Jeder Betroffene geht seinen persönlichen Weg bei der Bewältigung der Krankheit Krebs. Und fast jeder Weg

hat seine Höhen und Tiefen. Am Anfang konnte ich das so nicht akzeptieren, denn ich suchte nach dem einen und einzigen richtigen Weg, der Menschen hilft, die Krankheit zu besiegen. Ich konnte mir beispielsweise ein gesundes Leben ohne Misteltherapie und Entspannungstechniken oder ein längeres Fernbleiben vom Arbeitsplatz nicht vorstellen. Heute, nach vielen Gesprächen mit anderen Männern in der Gesprächsgruppe, bin ich ruhiger geworden und weiß, dass es viele Wege gibt. Jeder Betroffene kann nur so handeln, wie es ihm möglich ist und wie er es befürwortet.

Wichtig erscheint mir nur, ab und zu inne zu halten und ehrlich die persönliche Situation zu reflektieren. Überfordere ich mich, verdränge ich meine Ängste, akzeptiere ich meine körperlichen Einschränkungen, und so weiter. Meine Frau habe ich zum Beispiel gebeten, mich darauf hinzuweisen, wenn ich mir zu viel zumute (Frühwarnsystem). Denn im Alltagstrott setzt die Sensibilität für den eigenen Körper schon mal aus. Die Warnungen meiner Frau sind oft fundiert und werden auch von mir akzeptiert, so dass ich versuche, mein Verhalten zu ändern.

## Partnerschaft

Meine Frau hatte (hat) ihr eigenes Päckchen mit meiner Erkrankung zu tragen. Neben ihrer Angst um mich war da die gesteigerte Verantwortung als Hauptverdienerin mit einer Vollzeitstelle und Mutter unseres Kindes. Auch sie war nur begrenzt belastbar, aber mit der Unterstützung meiner Eltern konnten wir viele Belastungen abfangen. Meine Gedanken waren gerade in der Anfangszeit der Therapie oft unsortiert, unausgereift und tiefschwarz; eine immense Belastung für meine Frau, wenn ich alles und sofort mit ihr besprechen wollte. Denn der Partner kämpft oft noch mit seinen eigenen Ängsten, die er vor dem Erkrankten verbergen möchte, um ihn zu schonen. Zum Glück hatte ich den Gesprächskreis krebsbetroffener Männer gefunden, die zuhörten, nachfragten und mir andere Sichtweisen gaben. Menschen, denen ich aufgrund eigener Betroffenheit ein tieferes Wissen zubilligte. Wenn ich von den Treffen kam, waren meine Gedanken so aufbereitet und auf einem rationalem Boden, dass ich dann gut mit meiner Frau über die Inhalte sprechen konnte. Sonst wäre es für uns sinnvoll gewesen, in



einer Krebsberatungsstelle eine Partnerschaftsberatung oder für mich eine Einzeltherapie durchzuführen.

## Unser Kind

Unser Kind im Grundschulalter wusste schnell, dass meine Erkrankung „Brustkrebs“ lautet. Wir vermittelten ihm in Gesprächen das Gefühl, dass ich jetzt eine sehr anstrengende Behandlung mit Chemo und Bestrahlung durchführen müsste, aber danach würde es mir besser gehen. Wir als Eltern beschlossen, unserem Kind jede Frage in diesem Sinne zu beantworten, wollten das Thema aber nicht dauernd von uns aus offensiv ansprechen – „Wie geht es dir...?“, „Wie ist das für dich, wenn...?“ Et cetera. Einzige Ausnahme war ein Bilderbuch (Luzie und die Chemoritter), in dem ein kleines Mädchen mit Hilfe der „Chemoritter“ ihren Blutkrebs besiegt. Dieses kindgerecht aufbereitete Buch war für unser Kind sehr hilfreich.

Jeweils am Tag der Chemotherapie hielt ich mich, sobald Übelkeit und Schwäche kamen – diese dauerten bei mir circa sechs Stunden an –, im Schlafzimmer im Bett auf. Mein Kind wollte mich in dieser Zeit nicht sehen oder mir auch nur gute Nacht wünschen. Für unser Kind war dieses Verhalten eine Art Selbstschutz, um nicht zu sehen, was es nicht verstehen oder ertragen kann. Später habe ich eine Ärztin und eine Psychologin gefragt, ob wir hier etwas aufzuarbeiten hätten. Beide betonten aber, dies wäre ein normales Verhalten, bei dem es besser ist, nichts zu erzwingen. Wichtig wäre es aber, alle späteren Anfragen des Kindes zu beantworten und nicht auszuweichen.

Offensiv habe ich vor der Chemo (Folge Haarausfall und daher nicht zu leugnen) Klassenlehrer, Betreuer im Hort, Eltern der Freunde und andere über meine Erkrankung und Therapie informiert. Immer mit der Bitte verbunden, Verhaltensänderungen des Kindes uns Eltern sofort mitzuteilen. Außer, dass einige Kinder gerne meine Glatze sehen wollten, wenn ich unser Kind von der Schule oder Hort abholte, habe ich keine Veränderung mir oder

meinem Kind gegenüber festgestellt. In monatlichen Abständen fragte ich diesbezüglich bei Lehrern und Erziehern nach. Auch kamen Freunde und Klassenkameraden weiterhin normal zu uns zu Besuch.

## Freunde und Verwandte

Mein soziales Umfeld veränderte sich vor allem für die Zeit der Therapien. Menschen, die ich als Freunde bezeichnet hatte, meldeten sich nicht mehr. Einzelne Familienmitglieder gaben unqualifizierte Äußerungen von sich – dies war die negative Seite. Andere Freunde und Bekannte besuchten mich regelmäßig, schrieben mir einfühlsame, kraftspendende Briefe, boten Hilfe und Unterstützung an, schenkten mir Schutzengel. Mein Chef reagierte sehr einfühlsam und garantierte mir die Sicherheit meines Arbeitsplatzes; hier fehlte ich insgesamt zehn Monate. In der Gesamtheit fühlte ich mich in dieser schweren Zeit unterstützt. Mancher Person gegenüber bleibt aber bis heute ein Gefühl der Enttäuschung zurück, auch wenn ich verstehen kann, dass ihr Verhalten mit deren eigenen unreflektierten Ängsten zu tun hatte.

## Hormone und Gefühle

Mit der Einnahme von Medikamenten (zum Beispiel Tamoxifen) änderten sich meine Gefühlsregungen. Bei traurigen, aber auch bei freudigen Ereignissen wie beispielsweise dramatischen Filmen ohne Happyend oder Toren der deutschen Fußball-Nationalmannschaft bei der WM bin ich seither nahe am Wasser gebaut. Am Anfang war das für mich und meine Familie schon etwas irritierend, aber da ich kein Indianer bin, sondern ein normaler Mann, stören mich heute diese Gefühlsregungen nicht mehr. 🧐

## Autor

Dieter  
Dezember 2010

# Ich hatte das Gefühl, nie wieder voll belastbar zu sein

Thomas, Jahrgang 1966, Diagnose 2005

Ich war 38 Jahre alt und aus vielerlei Gründen glücklich. Es lief einfach alles rund. Ich hatte einige Jahre zuvor mit dem Rauchen aufgehört und durch viel Sport, täglich fünf bis zehn Kilometer joggen, meine zehn Kilo Übergewicht abtrainiert. Ich fühlte mich topfit und freute mich auf mein neues Hobby, das Motorradfahren. Hierfür hatte ich drei Tage vor meiner späteren negativen Diagnose den Führerschein bestanden, doch dazu später. Des Weiteren habe ich eine tolle Familie, wir hatten gerade ein Haus gekauft und auch im Job lief alles rund.

Eines Tages kam ich vom Joggen und bemerkte eine Art Brennen an meinen Brustwarzen. Das hatte ich öfter nach dem Laufen. Ursache hierfür war das Schwitzen und das Reiben der Synthetik-Laufshirts an den Brustwarzen. Automatisch fasste ich mich immer, wenn diese Reizungen auftraten, an die Brust, wobei ich dieses Mal etwas

in der rechten Brust fühlte, was sonst nicht da war. Ein Knubbel in der Nähe der Brustwarze. Ich beobachtete die Geschichte einige Tage und hatte das Gefühl, dass der Knubbel eher größer wurde und berichtete meiner Frau (Beruf Krankenschwester) davon. Sie empfahl mir, zum Arzt zu gehen und es mal checken zu lassen.

Mein damaliger Hausarzt sagte, es handele sich wohl um einen Fettknubbel, was bei Männern schon mal vorkommt. Um Gewissheit zu erlangen, schickte er mich zur Mammografie. Beim hiesigen Röntgenspezialisten angekommen, legte ich meine Überweisung auf den Tresen, woraufhin die Arzthelferin mich musterte, als wolle sie sagen, hier ist nur für Frauen.

Nach kurzem Gespräch schickte sie mich in das Wartezimmer. Von hier wurde ich mit den Worten „Frau H. bitte zur Mammografie“ aufgerufen. Die Blicke der wartenden Frauen waren mir sicher. Die Arzthelferin empfing mich mit den Worten „Wo ist denn Ihre Frau“. Nach kurzer Erklärung nahm sie mich mit und quälte meine Brust in das Röntgengerät.

## Die Diagnose

Nach Auswertung der Bilder wurde ich ins Sprechzimmer geführt, wo der Arzt noch eine Ultraschalluntersuchung durchführte. Das Ergebnis der Mammografie und auch die Ultraschalluntersuchung waren wohl eindeutig,



jedoch drückte der Arzt sich sehr vorsichtig aus mit den Worten: „Das sollten sie sich zeitnah entfernen lassen“.

Wieder bei meinem Hausarzt angekommen, sah er sich den Bericht an, schrieb mir eine Einweisung ins Krankenhaus und meinte, ich solle in die Notaufnahme gehen, damit ich nicht so lange warten müsse. Immer noch in dem Glauben, einen Fettknubbel in der Brust zu haben, fuhr ich gut gelaunt mit dem Motorrad zur Notaufnahme.

Nach und nach wurden Leute herein gerufen, die meiner Meinung nach in der Notaufnahme richtig aufgehoben waren. Was ich hier sollte, wusste ich eigentlich immer noch nicht. Endlich war ich an der Reihe und wurde von einer Ärztin in Empfang genommen, die sich meinen Bericht ansah, mich untersuchte und mich schließlich fragte, ob ich meine Sachen schon dabei hätte. Ich verstand nicht, was sie meinte und wurde doch ein wenig unruhig, als sie plötzlich meinte, dass sie noch einen Nottermin für die OP frei habe. Ich könne noch an diesem Tag operiert werden. Meine Frage, warum ein Fettknubbel so schnell operiert werden müsse, wurde prompt beantwortet: „Sie haben keinen Fettknubbel sondern mit ziemlicher Sicherheit BRUSTKREBS“. Der Befund wäre sehr eindeutig.

Von hier an weiß ich nicht mehr so recht, was weiter passiert ist. Ich bin jedenfalls noch über das Wochenende nach Hause und kann gar nicht beschreiben, was hier vor sich ging. Ich musste mich plötzlich nicht mehr mit den schönen Dingen des Lebens auseinandersetzen, sondern mit dem TOD und was wohl aus meiner Familie werden würde, wenn ich nicht mehr bin.

## Die Operation

Montag ging dann alles sehr schnell. Aufnahme im Krankenhaus, Beruhigungspille und schließlich die Operation. Als ich aufwachte, war meine rechte Brust entfernt und

es hingen zwei Schläuche aus meiner Wunde, an deren Ende jeweils eine Flasche für Wundwasser hing. Leider füllten sie sich ständig, so dass es mir nachts schwindelig und übel wurde, was wohl an dem zu hohen Blutverlust lag. Dies hatte zur Folge, dass ich am nächsten Morgen wieder im OP lag, wo die Blutung gestillt wurde. Danach ging es mir stetig besser. Die Wunde heilte schnell und die Schläuche konnten entfernt werden. Jetzt stand nur noch das Ergebnis der Pathologie aus.

Das Ergebnis war so, dass ich eine gute Prognose erhielt, da keine Lymphdrüsen befallen waren und der Tumor nur etwa 1,5 Zentimeter groß war. Als weitere Behandlung wurde eine Chemotherapie empfohlen, die aus sechs Sitzungen bestand und im Abstand von drei Wochen durchgeführt werden sollte.

Im Anschluss bekam ich eine AHB (Anschlussheilbehandlung) in Sankt Peter Ording, wo ich mich sehr schnell von den Strapazen der Chemo erholte. Die gesunde Ernährung und die Ruhe waren ein Teil der Reha, der andere Bestand aus sehr viel Sport und Gesprächen mit Gleichgesinnten und Therapeuten. Ich kam nach Hause und fühlte mich gesund und fit.

## Die Therapie

Im Anschluss an die AHB stand eine Antihormontherapie, womit das fünfjährige Drama seinen Lauf nahm. Ständige Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und absolute Antriebslosigkeit waren die Folge. Auf der anderen Seite stand der Wiedereinstieg in den Job per Hamburger Modell. Trotz der reduzierten Stundenzahl (anfänglich vier Stunden) hatte ich das Gefühl, nie wieder voll belastbar zu sein.

Ich ging nach vier Stunden nach Hause, ab ins Bett bis nachmittags und trotz ständiger Schonung am sehr frühen Abend wieder ins Bett. Morgens bereits nach dem Aufstehen müde und kaum im Stande, die nächsten vier

Stunden zu überstehen. Es dauerte Monate, bis ich mich an das Präparat Namens TAMOXIFEN halbwegs gewöhnt hatte.

Jetzt, obwohl ich nur noch ein paar Monate bis zum Ende der Therapie habe, bin ich immer noch ständig müde, abgeschlagen und antriebslos. Auch die Konzentration ist nicht wirklich besser geworden. Darüber hinaus bin ich sehr häufig erkältet und falle am Arbeitsplatz aus, was die gesamte Situation auch nicht leichter macht. Das Verständnis selbst für Krankheiten wie Krebs ist sehr begrenzt, wenn Kollegen dadurch mehr belastet werden.

Fünf Jahre nach meiner Erstdiagnose wurde in der anderen Brust ein Tumor per Mammografie entdeckt. Er wurde umgehend auf sehr schonende Weise operativ entfernt. Er war gutartig.

## Vertrauen in den Körper


Das Vertrauen in den eigenen Körper wird mit jeder Nachuntersuchung größer und die Normalität hält langsam ihren Einzug in unser Leben – unser Leben, weil die Diagnose Krebs und die damit verbundenen täglichen Sorgen eine extreme Belastung für die ganze Familie sind. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Diagnose zum Glück noch sehr klein, so dass sie die ganze Geschichte noch nicht realisieren konnten. Heute, wo sie 12 und 14 Jahre alt sind, kommen Fragen wie: Papa, hättest Du an deinem Krebs auch sterben können? Das sind Momente, in denen ich mich am liebsten aus dem Raum zaubern würde.

Die eigentlich größte Belastung hat meiner Meinung nach jedoch der Ehepartner. An ihr (ihm) bleibt das gesamte tägliche Leben hängen. Da ist der eigene Job, das Einkaufen, Kochen, Kinderbetreuung und dann auch noch ein zumindest zeitweise pflegebedürftiger Ehepartner. Die eigenen Bedürfnisse bleiben da schnell auf der Strecke.

Für neu erkrankte Patienten kann ich nur sagen, dass es nicht so ist, wie ich anfangs dachte: Das Leben endet NICHT, sobald man die Diagnose Krebs bekommt. Es geht weiter. Der Medizin sollte man vertrauen und versuchen, positiv zu denken. Es braucht aber seine Zeit, bis die „Wunden im Kopf verheilen“.

Die Medizin hat riesen Sprünge gemacht in der Zeit, die seit der Diagnose meiner Erkrankung bis heute vergangen ist. Und sie wird es auch weiter tun. Allein die Art der Operation vor sechs Jahren und heute hat sich sehr positiv weiter entwickelt. Ich habe sechs Jahre ohne Rückfall hinter mir dank frühzeitiger Diagnose und der modernen Medizin.

Das Netzwerk für Männer mit Brustkrebs soll unter anderem dazu beitragen, dass betroffene Menschen früh erkennen, wenn sie krank sind. Wir wollen Informationen erstellen und – unter anderem via Internet – anbieten, die ich und viele andere bei ihrer Diagnose nicht hatten.

Es war schwer, diesen Erfahrungsbericht zu schreiben. Er wühlt mich auf und kostet Kraft, aber an seinem Ende steht, dass ich sechs Jahre ohne Rückfall bin! 

## Autor

**Thomas**  
2011

# Ich muss mich in Geduld üben

Hartmut, Jahrgang 1956, Diagnose 2013

Im Sommer 2007 bekam ich in der oberen Hälfte der linken Brust innerhalb weniger Tage eine Hühneri große Verdickung. Mein Hausarzt überwies mich sofort zum Urologen, der mich gleich zur Röntgendiagnostik weiterleitete. Die Ärztin reagierte folgerichtig und machte sofort einen Schnellschnitt. Die Gewebeprobe habe ich selbst zum Pathologen gebracht. Als ich zu Hause ankam, lag das Ergebnis schon vor: nur ein Abszess. Der Chirurg spaltete diesen Abszess und legte eine Drainage für zehn Tage. Zusätzlich bekam ich noch ein Antibiotikum. Die Wunde verheilte schnell.

## Schon wieder ein Abszess?

2009 bemerkte ich erstmals eine leichte Verdickung in der rechten Brust. Man sah und fühlte nichts. Es fiel mir nur im Sommer auf der Liege auf, wenn ich mich zum Sonnen auf den Bauch legte. Mein Hausarzt vermutete eine Entzündung und verschrieb mir ein Antibiotikum. Wir dachten an den Abszess von 2007. Es blieb alles unverändert. Mit der Zeit gewöhnte ich mich an den leichten Druck, denn es schmerzte auch nicht. Bei den regelmäßigen Krebsvorsorgen vom Urologen und Hausarzt wurde es auch nicht weiter verfolgt. Erst im Februar 2013, nachdem ich mich bei der Arbeit an der rechten Brust gestoßen hatte, verspürte ich erstmals einen starken Schmerz. Zum Abklären überwies mich mein Hausarzt zum Röntgen. Als ich dort meinen Grund erklärte, leitete man mich gleich zur Mammographie weiter. Beide Seiten wurden geröntgt, danach hüllte sich das Personal in Schweigen. Nachfolgend wurde noch eine Ultraschalluntersuchung der rechten Brust gemacht.

Die Ärztin erklärte bei der Untersuchung, dass ich noch ins Screeningzentrum müsse, um Genaueres sagen zu können. Dort fragte man mich, ob ich mich verlaufen habe, diese Abteilung sei nur für Frauen. Ich hielt meine Überweisung hin. „Kommen Sie zur Mittagspause wieder.“ In der fast leeren Praxis wurde ich dann durchgeschleust. Bei der Stanzbiopsie wurden mir drei Proben entnommen, mit denen die Ärztin gleich verschwand. Bedenken bekam ich, als sie dann mit einer 20 Zentimeter langen Nadel an der Spritze wiederkam. Unter Ultraschall entnahm sie eine Probe aus einem Lymphknoten in der Achsel. Auf meine Frage, wie es jetzt weiter gehe, bekam ich zur Antwort, dass das in jedem Fall operiert werden müsse. Das histologische Ergebnis werde dem Hausarzt mitgeteilt. Mit ungutem Gefühl fuhr ich wieder zur Arbeit. Hier sprach ich mit meinem Chef über den Stand der Dinge.

## Diagnose Krebs

Mein Hausarzt rief an und bestellte mich in die Praxis. Er erklärte mir ohne Umschweife, dass ich Brustkrebs habe. Die Heilungschancen seien gut, denn an so etwas stirbt man heute nicht mehr. Es war trotzdem ein Schock. Er drückte mir eine Krankmeldung in die Hand, ich solle in den nächsten Tagen zur weiteren Diagnostik wieder kommen. Ich fuhr nach Hause. Wie sage ich es nur meiner Frau? Was ist mit meinem Arbeitsplatz? Und wie geht es jetzt weiter, als Mann mit einer typischen Frauenkrankheit? Alles drehte sich ab jetzt um meinen Brustkrebs. Da meine Frau Krankenschwester ist, haben wir genügend Literatur zuhause, die wir studierten.



Sie erklärte mir alles und „übersetzte“ die inzwischen erfolgten Untersuchungsergebnisse. Ich bekam Angst. Bewusst las ich nicht mehr im Internet, um mich nicht noch mehr zu verunsichern. In jedem Fall musste ich in ein Brustzentrum, um richtig behandelt zu werden.

## Im Brustzentrum

Im Brustzentrum wurde ich vom Oberarzt der Gynäkologie untersucht. Ich musste mich daran gewöhnen, dass ich jetzt laufend mit Frauenärzten zu tun hatte. Er riet mir zur baldigen OP, da der Tumor schon recht groß war. „Es muss ein großes Oval herausgeschnitten werden“. Er hoffe, ohne Hautverpflanzung die Enden wieder zusammen zu bekommen. Es kam mir vor wie ein böser Traum. Im Krankenhaus angekommen bekam ich ein Einzelzimmer auf einer gynäkologischen Station.

## Die Operation

Ich wachte in meinem Zimmer wieder auf. Druckverband, zwei Schläuche mit Drainageflaschen. Der Operateur sagte mir, dass alles gut verlaufen sei, aber er musste alle Lymphknoten, die er finden konnte, entfernen, da sie sich zum Teil schon verändert hatten. Dabei habe er mit der Hand bis in der Schulter gesteckt und vermut-

lich irreversiblen Schaden angerichtet. 40 Lymphknoten wurden insgesamt aus der Achsel entfernt, die anderen im Brustbereich natürlich auch. Insgesamt wurden 497 Gramm Haut, Gewebe und Muskel herausgeschnitten. Nach zwei Tagen kam der Druckverband ab. Ich konnte mich zum ersten Mal im Spiegel betrachten. Da war eine große tiefe Kuhle rechts bis auf die Rippen, durchzogen von einer 30 Zentimeter langen Narbe, mit 30 Klammern zugetackert. Alles sehr stramm. Die pathologische Untersuchung ergab einen 4,5 Zentimeter großen bösartigen Tumor, hormonabhängig, G2 mit 1,5 Millimeter gesundem Rand. Der Krebs war nicht in die Knochen gegangen. Nur in Haut und Muskel, und das wurde weggeschnitten. Man sprach vom Glück im Unglück. Nachdem alle nachfolgenden diagnostischen Untersuchungen gelaufen waren, stand auch die Tumorformel fest: T4b, N1, der Rest o. Keine Metastasen. Das sind erfreuliche 50 Prozent Überlebenschancen. Jetzt stand noch das Ergebnis der Tumorkonferenz aus. Man entschied sich in meinem Fall für eine aggressive Chemotherapie von 4 x EC, danach 4 x Docetaxel. Anschließend 28 x Bestrahlung mit einer Gesamtdosis von 50,4 Gray. Danach für erstmal fünf Jahre Tamoxifen als Tabletten. Das sagte mir alles nichts. Aber ich hatte keine Alternativen. Somit musste ich diese bittere Medizin schlucken. Durch die fehlenden Lymphknoten wurden jetzt meine rechte



Hand und rechter Arm dick. Im Krankenhaus erklärte und zeigte man mir, wie ich zunächst selbst Lymphdrainage machen konnte. Zuhause sollte ich sie mir anschließend verschreiben lassen. Zukünftig sollten auch keine Blutdruckmessung mehr am rechten Arm gemacht werden, ebenso auch keine Spritzen oder Blutentnahmen rechts. Jede kleinste Verletzung kann sich sofort gefährlich entzünden durch die fehlenden Lymphknoten. Auch eine Anschlussheilbehandlung solle ich in Anspruch nehmen, aber erst nach der Chemo und Bestrahlung.

## Zu Hause

Es bildete sich sofort ein massives Lymphödem im rechten Arm und der Hand. Die zwei Lymph-Drainagen pro Woche für 30 Minuten reichten nicht aus. Der Arm und die Hand wurden immer dicker. Mir wurden ein Kompressionsärmel und Handschuh verschrieben. Diese muss ich jetzt tragen. Vom ständigen Arm hochhalten schmerzte mir schon die Schulter. Die Physiotherapeuten empfahlen tägliche Lymphdrainage. Diese war jedoch vom Hausarzt nicht zu bekommen, da es sein Budget belastete. Die Krankenkasse erklärte mir, dass alles, was der Hausarzt verschreibt, auch bezahlt wird. Die tägliche Lymphdrainage bekam ich letztendlich während der Chemo vom Onkologen verschrieben.

## Die Therapien

Vier Wochen nach der OP fing im Mai 2013 die Chemotherapie an. Zuerst wurde durch zwei Spritzen mein Immunsystem heruntergefahren. Dann gab es etwas gegen Übelkeit. Danach lief für zwei Stunden die eigentliche Chemo durch. Spülen, fertig. Ich war froh, dass ich den Taxidienst in Anspruch genommen hatte, denn die Chemo raubte mir alle Kraft. Ich schlief zuhause sofort ein. Die anschließenden Tage waren zu ertragen. Nach drei Wochen, solange dauert ein Zellprozess bis zur nächsten Teilung, erfolgte die nächste Sitzung. Vene im linken Arm suchen, etwas gegen Übelkeit, Spülen,

Chemo, Spülen, fertig und nach Hause. Zwei Wochen Übelkeit und Spuckerei. Nach der dritten Behandlung wurde ein Port gesetzt, da sich nach jeder Behandlung die entsprechende Vene im Arm verabschiedete. Mit Müh und Not und letzter Kraft überstand ich alle acht Sitzungen, und die Haare waren nicht nur am Kopf weg. Auch Fingernägel und Fußnägel litten unter der Chemo. Mittlerweile war es Oktober.

Nach kurzer Pause ging es mit der Bestrahlung weiter. Vier Mal pro Woche, mittwochs, Wochenende war frei. Zeit zum Erholen. Nun spielte mein Körper verrückt. Ich lagerte bis zu 14 Kilogramm Wasser ein. Das ging wieder etwas weg und kam wieder. Entwässerungstabletten hatten keine Wirkung. Dann Taubheitsgefühl an Händen und Füßen. Und ich wurde immer kraftloser. So muss man sich mit 90 fühlen. Ich war verzweifelt. Anfang Dezember war die Bestrahlung zu Ende.

Der letzte Schritt begann: Jetzt muss ich Tamoxifen für fünf Jahre einnehmen. Diese harmlos aussehende Tablette soll sehr viele Nebenwirkungen haben. Man wird sehen.

## Die Reha

Zum Jahreswechsel 2013/2014, noch vor Weihnachten, ging es zur Anschlussheilbehandlung nach Bad Oexen. Wegen der Feiertage wurde sie auf meinen Wunsch verlängert auf vier Wochen. Seminare über Krebs, Ernährung und Renteninformation folgten. Sehr viel Sport und gesunde Ernährung brachten mich wieder auf die Beine. Mein Lymphödem versuchte man, mit strammen Wickeln in den Griff zu bekommen. Meine Leistungskurve stieg, fiel aber am vorletzten Tag wieder deutlich ab. Am Entlassungstag Mitte Januar 2014 bekam ich einen sehr dicken linken Arm. Sofort ins Krankenhaus, Verdacht auf Thrombose. Es wurde ein Verschluss am Port und auch am Hals festgestellt. Jetzt täglich „Innohep“ spritzen und Kompressionsärmel mit Handschuh auch links tragen.

## Wieder zu Hause

Zu Hause machte ich, wie bei der AHB beantragt, mit Reha-Sport weiter. Mit beiden Armen und Händen in Druckverbänden sah es etwas eigenartig aus. Aber ich arbeitete wieder an meiner Leistungssteigerung. Leider bekam ich im Fitness-Center immer Schwindelanfälle mit massiver Luftnot. Auch bei der Gymnastik und Gartenarbeit zu Hause ging es mir nicht besser. Mein Reha- und Gymnastikprogramm wurde dadurch immer sparsamer. Dann kam noch Tinnitus dazu. Damit hatte ich ja noch nie Probleme. Dafür fingen die Haare jetzt langsam an zu wachsen. Meine Fingernägel kamen auch wieder in Ordnung, aber die Fußnägel waren kurz vor dem Abfallen. Durch das Taubheitsgefühl in den Füßen waren die Schmerzen zu ertragen. Mein Hausarzt hat eine Langzeitverordnung für Lymphdrainage bei meiner Krankenkasse beantragt. Jetzt darf er mir ohne Budgetbelastung dreimal pro Woche für eine Stunde Lymphdrainage verschreiben.

## Die Wiedereingliederung

Im Februar startete meine geplante Wiedereingliederung in den Beruf für vier Wochen. Anfangs zwei Wo-

chen für drei Stunden. Es war ein freudiges Wiedersehen in der Firma. Aber kräftezehrend. Nachmittags musste ich mich zu Hause ausruhen. Dann zwei Wochen für fünf Stunden. Die vierte und letzte Woche schaffte ich nur mit Müh und Not. Mein Sportprogramm kam ganz zum Erliegen. Wie sollte ich im März nur ganze Tage durchhalten? Ich war doch bei der Anschlussheilbehandlung schon so fit.

März, die erste Nachsorge. Ultraschall und Untersuchung der rechten Brustseite. Keine Auffälligkeiten, keine Metastasen, aber Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Die Sonographie am linken Arm ergab eine weitere Thrombose im Oberarm, trotz Innohep. Statt zu arbeiten, wurde ich nun wieder krankgeschrieben. Mein Chef war nicht begeistert. Massive Thrombosen setzten meine Leistungsfähigkeit herab. Kein Reha-Sport und Gymnastik mehr. Zu weiteren Untersuchungen bestellte man mich wieder ins Krankenhaus. Nach einer Woche kam man zu dem Entschluss, dass der Port heraus muss. Dieser wurde Ende März operativ entfernt. Da meine Venen fast alle kaputt sind, musste der Zugang für die OP am Hals gelegt werden. Weiter Innohep spritzen und monatlich zur Sono wegen der Thrombosen. Natürlich sollte ich erst mal Anstrengungen jeglicher Natur vermeiden. Die Kompressionsärmel



und Handschuhe an beiden Armen soll ich weiterhin tragen. Rechts wohl für immer.

Eine der Nebenwirkungen von Tamoxifen ist die Begünstigung zu Thrombosen. Durchblutungsprobleme im linken Oberarm sowie in den Beinen führten zu Muskelkrämpfen. Die Haut an der rechten bestrahlten Brust und Achsel ist immer noch dunkel gefärbt und die Haare wollen da auch noch nicht wachsen. Hände und Füße sind durch die Chemo immer noch taub. Meine Fußnägel sehen katastrophal aus und schmerzen. Und und und... Ich muss mich jetzt in Geduld üben.

## Erysiphehl

Es war Mitte Juni, beim Hof fegen zog ich mir eine kleine Verletzung an der rechten Hand zu. Irgendwann infizierte sich die Wunde. Der gesamte Arm bis in die Schulter wurde rot und noch dicker. Ich bekam Schüttelfrost und hohes Fieber (40 °C). Im Krankenhaus bekam ich Kältwickel, antiseptische Salbe und hochdosiertes Antibiotikum von zehn Mega Penizillin in die Vene verabreicht. Leider spielten die Venen nach sieben Tagen nicht mehr mit. Es wurde eine schmerzhafteste Tortour. Nach elf Tagen wurde ich entlassen und bekam noch für eine Woche Penizillin in Form von Tabletten.

Der nächste Krankenhausbesuch wurde durch einen nicht vorbeigehenden Muskelkrampf in der rechten Wade eingeleitet. Der Unterschenkel wurde dick und die Venen traten hervor. Verdacht auf tiefe Venenthrombose im Bein. Bei der Sono wurden aber nur zwei geplatzte Venen entdeckt, die ins Bein einbluteten. Erleichtert konnte ich wieder nach Hause fahren.

Da ich trotz doppelter Dosis unter Innohep weiter Thrombosen entwickelte, schlug mir der behandelnde Professor der Gynäkologischen Station Xarelto als Alternative zu Innohep vor. Ich wechselte daraufhin das Medikament.

## Alles wird gut

Mein linker Arm, Thrombosesseite, hat Normalumfang, solange ich den Kompressions-Ärmel trage. Der Thrombus in der Vena Axillaris ist in die Subclavia gewandert und sitzt dort vor dem alten Thrombus am ehemaligen Port fest. Hier läuft jetzt garnichts mehr. Das Xarelto wirkt besser gegen die Nebenwirkungen des Tamoxifen, keine Thrombosen und keine Krämpfe mehr. Es ging mir gut. Ich dachte wieder ans arbeiten und stielte die Wiedereingliederung für Mitte August ein.

Im September, vier Wochen nach der Wiedereingliederung, ging es mir erstaunlich gut. Ich arbeitete vollschichtig, konnte meine Hobbys alle ausüben und nahm sogar an einer Sportstudie teil. Nur das Taubheitsgefühl in den Füßen ist gewöhnungsbedürftig.

Natürlich war auch meine Frau in dieser Zeit stark belastet. Zusätzlich zum Beruf, Haus- und Gartenarbeit hatte sie nun auch noch die Sorge um mich. Bei wichtigen Arztgesprächen war sie mit dabei, da ich alleine die Informationen anfangs gar nicht richtig auswerten konnte. Während der Chemo war ich nach den einzelnen Sitzungen so fertig, das sie mich immer wieder neu aufbauen und ermutigen musste. Sie macht abends zusätzlich Lymphdrainage, da ich in der warmen Jahreszeit das Gefühl hatte, als wolle mein rechter Arm platzen. Familie und Freundeskreis haben mich so gut es ging unterstützt. [x](#)

## Autor

Hartmut

Oktober 2014



# Ich richte mein Leben nach dem „Überleben“ aus

Frank, Jahrgang 1965, Diagnose 2008

Lange ist es nun her, dass ich ihn bemerkt habe – einen Knoten in meiner linken Brust, der da nicht hingehört. Obgleich ich nicht bei jedem Wehwehchen sofort zum Arzt laufe, beschleicht mich ein Gefühl, dass ich den Arztbesuch nicht noch länger hinauszögern sollte.

Der Besuch bei meinem Hausarzt währt kurz. Ich beschreibe ihm den Knoten, er tastet kurz und beschließt, mich zur Sicherheit zu einem Frauenarzt zu überweisen – die hätten mit so etwas mehr Erfahrung. Ich bin zwar ein wenig überrascht, letztlich erscheint mir der Schritt jedoch plausibel.

Ich kann heute nicht mehr sagen, wann ich zum ersten Mal das Gefühl hatte, es könnte Krebs sein. Mit dem Besuch bei meinem Hausarzt entwickelt sich aus dem Gefühl leichter Sorge jedoch zunehmend ein Gefühl der Angst. Ich entschließe mich nun, das „Knotenproblem“ schnell zu lösen, und mache mich unmittelbar zum Frauenarzt meiner Frau auf. Die dortige Sprechstundenhilfe lacht mich zunächst aus: „Sie wollen ja wohl kaum einen Termin bei uns haben“. Mir ist nicht zum Lachen zumute. Ich reiche ihr meine Überweisung über den Tresen – und schon ist auch der Humor der Arzthelferin verschwunden.

Die Frauenärztin untersucht meine Brust mit dem Ultraschallgerät. Sie hält den Knoten zwar nicht für etwas Bösartiges, will mich aber zur Sicherheit in ein „Brust-

zentrum“ schicken. Als ich die Praxis verlasse, entschuldigt sich die Sprechstundenhilfe bei mir. Männer hätte sie bis dato noch nicht in ihrer Praxis gehabt...

Ein paar Tage später habe ich den Termin im Brustzentrum. Um sicher zu gehen, dass der Knoten nicht bösartig ist, wollen die Ärzte eine so genannte Stanzbiopsie bei mir durchführen. Unter Ultraschall und Betäubung wird eine lange Nadel in meine Brust eingeführt und mit drei „Schüssen“ Gewebe aus dem Knoten entnommen. Eine Stanzbiopsie muss man nicht jeden Tag haben – sie ist jedoch durchaus auszuhalten.

## Der Schock

Der Anruf aus der Klinik erreicht mich zwei Tage später. Ich sitze im Büro, als mein Handy klingelt – es ist die leitende Oberärztin, die auch die Biopsie bei mir vorgenommen hat. Ohne Umschweife erläutert sie mir den pathologischen Befund. Die Proben würden eine Krebsvorstufe aufweisen. Sie spricht von DCIS. Der Krebs sei noch nicht ausgebrochen, müsse aber unbedingt behandelt werden. Endgültige Sicherheit über den Status meiner Erkrankung könne man erst nach einer Operation und der pathologischen Untersuchung des Knotens erlangen. Da nur drei kleine Proben aus dem Knoten entnommen worden seien, könnte nicht ausgeschlossen werden, dass sich andere Teile des Knoten bereits weiter entwickelt hätten...

Ich zittere und räume meinen Schreibtisch auf. Ich weiß nicht, ob beziehungsweise wann ich wieder an meinen Arbeitsplatz zurückkomme und möchte alles geordnet hinterlassen. Dann schildere ich meinem Chef den Stand der Dinge – den Tränen nahe – und gehe.

Ich habe jetzt ein Problem. Ein ziemlich Gewaltiges sogar. Der Knoten in meiner Brust entwickelt sich in meinem Bewusstsein zu einer Art Fremdkörper, der so schnell wie eben möglich entfernt werden muss. In meinem eigenen, mir vertrauten Körper lauert etwas, was meinen baldigen Tod bewirken kann.

Mir ist klar, dass ich von nun an meine gesamte Aufmerksamkeit dieser Erkrankung widmen muss. Ich stürze mich in die Literatur. Das Internet bietet gute Dienste – ich achte jedoch sehr auf vertrauenerweckende Quellen. Sehr früh manifestiert sich bei mir ein Hauptgedanke: Wie steht es um mein Überleben, welche Chance habe ich? Doch genau hier liegt das Problem. Ich stoße auf Angaben zu Überlebensraten, die mich lähmen und eine sachliche Auseinandersetzung mit der Lage verhindern.

Meine Schwester besorgt mir geeignete Literatur – ich solle mich unbedingt in einem zertifizierten Brustzentrum behandeln lassen. Informationen zu Spezialisten für Männer mit Brustkrebs bekomme beziehungsweise finde ich nicht. Ich wähle die von meiner Frauenärztin emp-

fohlene Klinik, die auch die Biopsie durchgeführt hat. Bis zur Operation sind es noch fünf Tage. Eine quälende Zeit beginnt. Ich praktiziere meinen Sport – mit der geringstmöglichen Belastung. Ich habe gelesen, dass sich Krebszellen auch über die Blutbahn verbreiten. Ist Sport in dieser Phase gefährlich? Die Angst begleitet mich.

Noch vor meiner Aufnahme in die Klinik wird eine Mammografie meiner Brust durchgeführt – links- und rechtsseitig. Das funktioniert deutlich besser, als ich erwartet hätte. Auch der Druckschmerz hält sich in Grenzen. Etwa 15 Minuten nach dem Prozedere bittet mich der Radiologe in sein Zimmer. Er blickt mir tief in die Augen und sagt nur diesen einen Satz: „Die Bilder sind sehr, sehr besorgniserregend“. Ich habe Angst.

## Die erste Operation

Die Operation verläuft, wie Operationen halt meist verlaufen. Ich bekomme eine Spritze, werde irgendwann „abgeholt“ und erinnere mich hinterher an nichts mehr. Nach der Operation bin ich geschafft. Nach und nach erhole ich mich. Obgleich ich gesetzlich versichert bin, liege ich in einem Privatpatienten-Einzelzimmer. „Natürlich“ bin ich der einzige Mann auf der gynäkologischen



Station. Auf der einen Seite weiß ich die damit verbundenen Annehmlichkeiten sehr zu schätzen – zum ersten Mal „hilft“ mir mein Exotenstatus als Mann! – auf der anderen Seite überlege ich, ob dieser „Service“ lediglich aus Kostengründen (ein Privatbetteinzelzimmer ist günstiger als ein „gesetzliches“ Vierbettzimmer mit nur einem männlichen Patienten) oder aber als „Gnadenbrot“ für einen unheilbar Kranken gestattet wird.

Es dauert weitere vier quälende Tage, bis ich das Ergebnis der pathologischen Untersuchung meines Knotens erhalte. Die Oberärztin betritt den Raum – und in dem Moment weiß ich, dass ich Krebs habe. Es steht in Ihrem Gesicht geschrieben. Der Knoten in meiner Brust enthält einen 0,5 Zentimeter großen bösartigen Anteil.

Pure Angst durchflutet meinen gesamten Körper. Etwa 500 Männer erkranken pro Jahr an Brustkrebs, etwa 250 der Erkrankten sterben pro Jahr. Diese Zahlen hatte ich schon gelesen. Nach „aktueller Datenlage“ muss ich also davon ausgehen, dass meine Überlebenschance bei 50 Prozent liegt.

Man könne noch nicht sagen, ob sich der Krebs ausgebreitet hätte, erklärt die Ärztin. Eine weitere Operation sei notwendig, bei der noch „nachresektiert“ werden müsse, da der Knoten nicht vollständig und mit einem ausreichenden Rand im Gesunden entfernt worden sei. Außerdem sollen Lymphknoten entfernt werden. Die Entnahme dient vornehmlich der Diagnostik, um den Ausbreitungsgrad der Erkrankung zu bestimmen.

Drei Tage verbleiben bis zur zweiten Operation. Etwa eine Woche, bis das Ergebnis dieser Operation vorliegt. Eine erneute, quälende Zeit der Ungewissheit. In dieser Zeit denke ich an meine Angehörigen und auch an die Möglichkeit, es nicht zu schaffen. Was muss ich noch regeln? Wird meine Frau unsere Wohnung weiter nutzen und finanzieren können? Was muss ich noch regeln, sollte ich es nicht schaffen? Ich kann mich dieser Ge-

danken nicht erwehren – sie machen mich leider auch sehr traurig.

## Die zweite Operation

Die zweite Operation verläuft aus meiner Sicht wie die erste – Beruhigungsspritze, ich werde abgeholt, kann mich später an nichts erinnern und fühle mich, als wäre ich von einem LKW überfahren worden. Nach dem zermürbenden Warten, Bangen und Hoffen erhalte ich dann zum ersten Mal eine den Umständen entsprechend gute Nachricht: kein Lymphknotenbefall. Damit bessert sich meine Prognose: Mein Knoten hat das „geringste“ Grading G1 (Maß, wie „abnormal“ sich die Tumorzelle bereits entwickelt hat) und ist klein. In einer Tumorkonferenz wird auf der Basis dieser Daten meine Therapie beschlossen: Keine Bestrahlung, keine Chemotherapie, sondern „nur“ eine Antihormontherapie mit Tamoxifen.

## Anschlussheilbehandlung

Noch in der Klinik werde ich auf die Möglichkeit einer Anschlussheilbehandlung (AHB) hingewiesen. Falls ich sie in Anspruch nehmen möchte, so muss ich sie binnen 14 Tagen antreten. Nachdem ich nunmehr von einer guten Prognose ausgehe, weiß ich nicht, ob mich das Zusammentreffen mit potenziell „verzweifelteren“ Patienten nicht wieder nach unten zieht. Dem ist nicht so. Die Mitpatienten der AHB haben alle „das Schlimmste“ hinter sich und auch wenn alle ihr „Päckchen zu tragen haben“, ist die Stimmung doch gut. Noch während der AHB fange ich langsam wieder mit meinem Sport an. Eine der wichtigsten Informationen, die ich während der Kur erhalte, betrifft den Sport. Es ist ein Dokument aus dem deutschen Ärzteblatt, das die Auswirkung von Sport und Bewegung auf das Überleben bei Brustkrebs beschreibt. Sport ist von nun an mit Überlebenssteigerung assoziiert und hat einen noch bedeutenderen Platz in meinem Leben gefunden.

## Zurück im Beruf

Nach etwa acht Wochen kehre ich an meinen Arbeitsplatz zurück. Mein Team und einige weitere Kollegen wissen von meiner Erkrankung – ich mache auch keinen Hehl daraus. Dennoch ist der erste Tag schwer, ich werde immer wieder mit den traumatischen Geschehnissen der vergangenen Wochen konfrontiert. Es gibt Kollegen, die ohne Kenntnis meiner Erkrankung verwundert nachfragen, wo ich denn so lange geblieben bin. Nicht immer kläre ich über die wahren Gründe meiner Abwesenheit auf. Die Kollegen, die die Wahrheit erfahren, sind schockiert und fassungslos.

## Leben und Tod

Die Diagnose Krebs reißt einen Menschen aus seinem normalen Leben. Ich durchlebe verschiedene Phasen. Zunächst wird das Selbstverständnis des Lebens erschüttert. Angst und Trauer dominieren die Seele. Der Gedanke um das Überleben dominiert den verbleibenden rationalen Teil des Gehirns. Diese Gefühle und Gedanken „setzen“ sich mit der Zeit. Irgendwann arrangiere ich mich damit, dass es mich trotz meines noch vergleichsweise jungen Alters erwischt hat. Nach und nach übernimmt der „gesunde Menschenverstand“ wieder die Kontrolle. Und dieser „gesunde Geist“ bringt mich zunächst dazu, das Problem „Krebs“ sachlicher zu sehen. Für mich steht fest, dass ich mein Leben nach dem „Überleben“ ausrichten muss. Alle Informationen zu meiner Erkrankung können mein Überleben sichern. Die Suche nach weiteren Therapieformen beginnt. Doch auch diese Phase lässt irgendwann nach. Der Alltag ist wieder da. Ich widme mich den Problemstellungen des Berufs. Auch die Kollegen behandeln mich relativ normal. Dennoch bin ich nicht mehr der Gleiche. Die Erkrankung ist wie eine empfindliche Narbe. Stößt man sich an ihr, so schmerzt sie. Gesunde Ernährung, Sport, Schlaf und Seelenhygiene haben einen anderen Stellenwert im Leben erhalten.

2010 habe ich an zwei internationalen Marathons teilgenommen. Ohne meine Erkrankung hätte ich das nicht getan. Eine schwere Erkrankung kann auch wie der berühmte Tritt in den Hintern sein.

## Mann mit Brustkrebs – ein Exot?

Ich nehme mich nicht als Mann mit einer Frauenkrankheit wahr, sondern vielmehr als Patient, der eine seltene Erkrankung hat (mittlerweile weiß ich jedoch, dass nicht jeder betroffene Mann so denkt). Auch bei meinen Mitmenschen habe ich die Bestürzung über die Erkrankung immer stärker wahrgenommen, als die Verwunderung über das betroffene Organ. Auf der einen Seite profitieren wir Männer mit Brustkrebs von den Erfahrungen betroffener Frauen und den für sie bereits entwickelten Medikamenten und Behandlungsmethoden – doch genau hier liegt auch die Crux. Besonders die hormonellen Prozesse der Männer unterscheiden sich offenbar sehr von denen der Frauen – dennoch bekommen wir zum Teil die gleichen Medikamente – und dass offenbar ohne wirklich verlässliche Studien für deren Wirksamkeit bei Männern.

Studien sind teuer und lohnen sich möglicherweise nicht für 500 Exoten pro Jahr? Hier lohnt es sich zu kämpfen! [x](#)

## Autor

Frank

Dezember 2010





## „Komme ich aus einer Krebsfamilie?“

### Informationen für Betroffene und Ratsuchende zum familiären Darmkrebs

Dieser Ratgeber fasst alle Informationen zum familiären Darmkrebs zusammen – von der Frage, ob eine familiäre Veranlagung vorliegen könnte über den Punkt der genetischen Untersuchung, deren psychische und rechtliche Auswirkungen bis hin zu vorbeugenden Maßnahmen und Therapien sowie Besonderheiten in der Behandlung der genetisch bedingten Tumoren.

Der Ratgeber kann zum Preis von € 4,90 zzgl. Versandkosten unter folgender Adresse bestellt werden:

Leserservice Mamma *Mia!*

Postfach 13 63

82034 Deisenhofen

Tel.: +49 89 85853-572

Fax: +49 89 85853-62572

E-Mail: aboservice@mammamia-online.de



Weitere Informationen finden Sie unter  
[www.mammamia-online.de](http://www.mammamia-online.de)



# **2** *Brustkrebs beim Mann*

# Brustkrebs beim Mann

## Brustkrebs: Häufigkeit und Ursachen

Berichte von Männern, bei denen Brustkrebs diagnostiziert wurde, zeigen sehr deutlich auf, wie unvermittelt diese Diagnose einen Mann trifft, ja förmlich überfällt. Undenkbar und völlig unerwartet sehen sie sich mit einer Krankheit konfrontiert, die als eine ganz typische Frauenkrankheit gilt. Im Leben einer Frau hat es diese Krankheit immer schon gegeben. Erst kürzlich war doch die Freundin aus alten Volksschulzeiten daran erkrankt. Plötzlich erinnert man sich an eine Tante, die vor 30 Jahren Brustkrebs hatte und sogar daran gestorben ist. Dann kennen Frauen die Geschichten von Angelina Jolie und anderen Schauspielerinnen, die offen über ihre Erkrankung sprechen beziehungsweise über das Damoklesschwert ihres familiären, erblichen Brustkrebses. Und seit es das Mammografie-Screening für Frauen zwischen 50 und 69 gibt, muss sich jede Frau mit der Krankheit auseinandersetzen: Will ich der Einladung zum Röntgen folgen oder nicht? Fazit: Frauen rechnen zwar nicht mit Brustkrebs, aber sie sind nicht völlig überrascht, wenn es sie trifft.

Dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können – diese Möglichkeit kommt im männlichen Denken gar nicht vor. Das ist auch der Grund, warum Männer meist viel Zeit verstreichen lassen, ehe sie zum Arzt gehen. Das weiß Peter Jurmeister vom „Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.“ zu berichten. Selbst Hausärzte wissen oft nicht, dass diese „Frauenkrankheit“ auch Männer treffen kann – wenn auch nur in sehr seltenen Fällen. Meist entdecken die Männer selbst, dass etwas an ihrer Brust nicht stimmt. Sie tasten einen Knoten, fühlen eine Veränderung im Brustgewebe. Als Warnsignal gelten au-

ßerdem Flüssigkeitsabsonderungen aus der Brustwarze und kleine Entzündungen oder Wunden, die nicht abheilen. Auch wenn sich die Brusthaut an der Brustwarze oder an einer anderen Stelle einzieht, kann das ein Gefahrenzeichen sein und muss schnell abgeklärt werden.

Mammografie (Röntgenuntersuchung der Brust) und Ultraschall sind die bildgebenden Verfahren, mit denen einem Brustkrebsverdacht beim Mann nachgegangen wird. Es braucht nicht viel Phantasie, um sich vorzustellen, dass eine mammografische Untersuchung beim Mann nicht einfach und möglicherweise schmerzhafter ist als bei der Frau.



Aber auch die Umgebung von radiologischen Praxen, in denen mammografiert wird, macht Männern zu schaffen. Sie fühlen sich unbehaglich. Hier kommen sie in Räume, in denen sich ausschließlich Frauen aufhalten. Die einzige Ausnahme ist dann der Gynäkologe – wenn es nicht die Praxis einer Frauenärztin ist.

### Eine seltene, eine oft vergessene Erkrankung (Epidemiologie)

Jede neunte Frau erhält in ihrem Leben die Diagnose Brustkrebs. Zurzeit sind das in Deutschland rund 70.000 Frauen pro Jahr. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Inzidenz – das ist die Anzahl der Neuerkrankungen – durch das Mammografie-Screening deutlich angestiegen. Dank dieser Früherkennungsmaßnahme werden viele Tumore aufgespürt, wenn sie noch sehr klein sind.

Knapp ein Prozent aller Brustkrebserkrankungen trifft Männer. Es gibt in Deutschland zwischen 400 und 610 Fälle pro Jahr. Aufgrund der sehr niedrigen Fallzahlen gibt es in den statistischen Registern keine ganz präzise Zahl. Brustkrebs ist auch unter allen Krebserkrankungen bei Männern mit etwa einem Prozent besonders selten. Dr. Holm Eggemann, leitender Oberarzt der Frauenklinik am Universitätsklinikum Magdeburg, weist in einer Veröffentlichung darauf hin, dass es weltweit beträchtliche regionale Unterschiede gibt. So ist der männliche Anteil aller Mammakarzinome in Teilen Afrikas weit höher: in Uganda fünf Prozent und in Sambia 15 Prozent. Hier wird vermutet, dass infektiöse Lebererkrankungen zu einem höheren Östrogenspiegel beim Mann führen und deshalb öfter Brustkrebs auslösen können.

Gehört der Brustkrebs bei Männern damit zu den „seltenen Erkrankungen“? Auf der Webseite des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg (DKFZ) ist zu lesen: „Wenn weniger als 50 von 100.000 Menschen zu einem festgelegten Zeitpunkt in einem Land an einer Krankheit erkrankt sind, spricht man von ‚selten‘.“

Brustkrebs beim Mann tritt in Europa nur im Verhältnis 1 : 100.000 auf. Damit ist diese Erkrankung noch seltener als selten. Allerdings wird sie nicht als „Seltene Erkrankung“ definiert, weil eben Brustkrebs (bei der Frau) die häufigste Krebserkrankung ist. Die paradoxe Situation beschreibt Peter Jurmeister vom Netzwerk Männer mit Brustkrebs treffend: „Die betroffenen Männer leiden an einem weit verbreiteten Tumor und sind doch gleichzeitig eine Seltenheit.“

Männer erkranken später als Frauen. Frauen sind bei der Diagnose im Durchschnitt 64 Jahre alt, Männer 69. Der Tumor beim Mann ist bei Diagnosestellung häufig fortgeschrittener, was Größe und Lymphknotenbefall angeht. So ist der Tumor beim Mann im Durchschnitt 2,4 Zentimeter, bei der Frau nur 2,2 Zentimeter groß. Allerdings ist Tumor bei Männern selten hormonrezeptor-negativ. Hormonrezeptor-negative Brustkrebserkrankungen gehen meist mit einer schlechteren Prognose einher, weil die guten und sehr wirksamen antihormonellen Medikamente hier nicht helfen können. Hormonrezeptor-negativ sind 23 Prozent der Frauen aber nur 10 bis 15 Prozent der Männer. Brustkrebs trifft ganz überwiegend ältere Männer und nur sehr selten junge.

Alle Zahlen stehen unter Vorbehalt, denn es gibt nur wenige Studien und Berichte zum männlichen Brustkrebs. Wenn Studien gemacht werden, sind die Fallzahlen meist sehr klein. So wurden zum Beispiel Genexpressionsprofile – hier erhoben mit dem Test Oncoctype DX – von Männern und Frauen miteinander verglichen. Da standen 82.434 Tumorproben von Frauen ganze 347 Proben von Männern gegenüber. Man muss kein Statistiker sein, um zu ahnen, dass mit zwei so ungleichgewichtigen Datenpaketen kaum gesicherte Aussagen gemacht werden können. Alle Angaben beziehen sich auf Informationen aus Studien, die sehr unterschiedliche Fallzahlen haben. Die größten Studien umfassen 200 Patienten, aber sehr viele haben nur 34 bis 39 Teilnehmer.

## Warum ich? Zu den Ursachen

Es gibt einige Risikofaktoren, die beim Mann zu Brustkrebs führen können. Da ist zum einen die erbliche Belastung durch eine Genmutation zu nennen. Die bisher gefundenen Mutationen wurden BRCA1 (BRest CAncer) und BRCA2 genannt (siehe Seite 31). Beim männlichen Brustkrebs handelt es sich meist um BRCA2.

Das so genannte „Klinefelter Syndrom“ kann ebenfalls Brustkrebs begünstigen. Hier handelt es sich um eine seltene, angeborene Veränderung der Geschlechtschromosomen. Aber lediglich dreieinhalb bis sieben Prozent der Männer mit Brustkrebs haben das Klinefelter Syndrom. Ein weiterer Risikofaktor kann eine gestörte Hormon-Balance sein, etwa wenn der Mann zu wenig Testosteron und zu viel Östrogen produziert. Sind die weiblichen Geschlechtshormone erhöht, kann das männliche Brustgewebe überproportional wachsen. In einigen Fällen können Gonaden-Erkrankungen, also hormonelle Funktionsstörungen der Hoden, eine Ursache für männlichen Brustkrebs sein.

Wie auch bei Frauen mit Brustkrebs gelten Adipositas (Fettleibigkeit) und hoher Alkoholkonsum als Risikofaktoren. Männer mit einem Body-Mass-Index (BMI) von mehr als 30 (bis 25 gilt als normal) haben ein um 80 Prozent höheres Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, als sportlich fitte und schlanke Männer. Und trotzdem – es kann auch den durchtrainierten Marathonläufer treffen. So ist es einigen Männern aus dem Netzwerk „Männer mit Brustkrebs“ ergangen.

Als risikosteigernd gilt außerdem eine langjährige oder hoch dosierte radioaktive Strahlung, die das Brustgewebe betroffen hat. Das ist auch für Frauen ein Risikofaktor.

Die meisten männlichen Brustkrebspatienten müssen aber davon ausgehen, dass sich nicht klären lässt, wodurch die Krankheit genau ausgelöst wurde. Damit sitzen sie im gleichen Boot wie viele Brustkrebspatientinnen, die schlank sind, Sport treiben, wenig Alkohol trinken und gesund leben. Auch sie hätten nach der gängigen Risikobewertung gar nicht krank werden dürfen. Sie alle hatten Pech.



Krebs entsteht durch Kopierfehler bei der Zellerneuerung. Je öfter, je länger im Leben eines Menschen sich Zellen erneuern und dabei Gene kopiert werden, umso eher können Fehler in Form von „Falschkopien“ auftreten. Nicht ein schwaches Immunsystem und erst recht nicht ein Mangel an „positivem Denken“ sind schuld an diesen Übertragungsfehlern. Auch wenn es manche junge Menschen trifft, darf nicht vergessen werden, dass Krebs vor allem eine Alterserkrankung ist. Krebs entwickelt sich, je länger die Möglichkeit besteht, falsche Kopien der Erbinformation bei der Zellteilung anzulegen.

Bert Vogelstein, amerikanischer Pathologe und Onkologe, hat das jetzt mit seinem Kollegen Christian Tomasetti bestätigt. Vogelstein geht in seiner Forschung der Frage nach, welche Rolle Gene bei der Entstehung von Krebs spielen. Demnach ist Krebs überwiegend ein Produkt des Zufalls. Zwei Drittel der Krebsfälle seien „Teilungsunfälle“ bei der Erneuerung von Zellen, schreiben die beiden hochrangigen Wissenschaftler 2014 in der Fachzeitschrift „Science“. Je häufiger sich in einem Organ die (Stamm-) Zellen teilen, umso größer ist die Tumorgefahr.

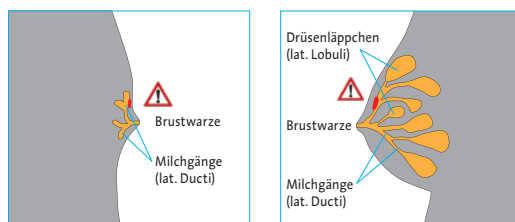
Selbstverständlich ist es immer sinnvoll, gesund zu leben, das heißt sich gut zu ernähren, sich zu bewegen und so weiter. Aber einen lückenlosen Schutz vor Krebs bietet der gesunde Lebensstil leider nicht. Die Studie aber entlastet den Krebskranken von möglichen Schuldgefühlen.

### Männer mit einer „Frauenkrankheit“?

Dass auch Männer an Brustkrebs erkranken können, erstaunt viele Menschen – die Betroffenen selbst und auch die vielen Gesunden. Bestärkt wird das durch Fragen Außenstehender: „Stimmt was mit deinen Hormonen nicht? Das kriegen doch nur Frauen.“ So berichtet es ein Betroffener in einem Artikel bei SPIEGEL online.

Peter Jurmeister empfiehlt, bei solchen Gedanken den Blick auf die anatomischen Grundlagen des Brustdrü-

senorgewebes zu richten. Es gibt Gemeinsamkeiten. Die weibliche Brust besteht aus den Drüsenläppchen (Lobuli), die Milch produzieren können und den Milchgängen (Ducti), die die Milch in die Brustwarzen transportieren. Was kaum jemand weiß: Auch Jungen haben, embryonal angelegt, kleine Milchgänge, rudimentäre Überbleibsel. Mit der Pubertät wächst das gesamte Brustgewebe beim Mädchen, beim Jungen bleibt es flach. Aus dieser gemeinsamen embryonalen Entwicklungszeit stammt auch die Brustwarze beim Mann.



Bei Frauen findet sich der Brustkrebs zu 80 Prozent in den Milchgängen. Man spricht vom invasiv duktalem Mammakarzinom. Weil bei jedem erwachsenen Mann die Milchgänge rudimentär erhalten bleiben, tritt der Brustkrebs beim Mann fast ausschließlich an dieser Stelle auf.

Zu einem ganz hohen Anteil ist der Brustkrebs des Mannes hormonsensibel, das heißt er wird durch Östrogene zum Wachsen angefeuert. Auch diese Tatsache erstaunt viele Menschen. Östrogen? Das ist doch ein typisches „Frauenhormon“. Tatsächlich liegt die Östradiolkonzentration junger Männer deutlich oberhalb der Spiegel von postmenopausalen Frauen (nach den Wechseljahren), wie Friedrich Jockenhövel 2014 im Ärzteblatt schreibt. Androgene, wie etwa das Testosteron, machen den Mann erst zum Mann. Ist also der brustkrebskranke Mann vielleicht doch ein bisschen „verweiblicht“? Das ist Unsinn, denn die so genannten Männer- und Frauenhormone finden sich immer bei beiden Geschlechtern. „In Wirklichkeit sind Frau und Mann hormonelle Zwitter. Beide haben männliche und weibliche Hormone.... Das

wichtigste weibliche Östrogen Estradiol entsteht durch Aromatase aus Testosteron“, schreibt das Ärzteblatt im September 2013.

Das Enzym Aromatase spielt bei der Östrogenproduktion im Körper von Mann und Frau eine zentrale Rolle. Es stellt Östrogen aus den Hormonen Androstendion und Testosteron her und kommt in der Leber, der Nebenniere und in den Fettgewebszellen vor. Das erklärt, warum sich der Östrogenspiegel mit steigendem Körperfett erhöht – sowohl bei Frauen als auch bei Männern. Insbesondere die Menge des „subkutanen abdominalen Fettgewebes“ (Vorsicht Bierbauch!) kann Einfluss auf den Östrogenspiegel haben. Östrogene scheinen die Libido und die sexuelle Aktivität zu steigern – auch beim Mann. Und sie sind an der Fruchtbarkeit des Mannes beteiligt. Leider kann dieses wertvolle und unverzichtbare Hormon bei Frauen wie bei Männern zu einer Brustkrebserkrankung beitragen.


### Erblicher Brustkrebs – auch beim Mann?

In der Öffentlichkeit wird oft angenommen, Brustkrebs sei stark erblich bedingt. Das ist aber nicht der Fall. Ärzte und Genetiker gehen davon aus, dass bei den erkrankten Frauen nur etwa fünf Prozent eine ererbte, also familiäre Genmutation aufweisen. Erst wenn mindestens zwei weibliche Familienmitglieder (Mutter, Tante, Großmutter, Schwester) früh erkrankt und vielleicht sogar vor dem 50. Lebensjahr verstorben sind, ist eine genetische Beratung angezeigt. Auch Eierstockkrebs in der Familie kann ein Warnzeichen sein. Bevor es zu einer Genuntersuchung kommt, ist eine ausführliche Beratung in den spezialisierten Zentren vorgeschaltet. Wird ein Familienmitglied als Träger einer Genmutation erkannt, sollten sich auch die anderen Frauen der Familie untersuchen lassen.

Auch Männer erkranken selten an familiärem Brustkrebs. Ist ein Mann an Brustkrebs erkrankt, hat er eine „Familiengeschichte“ dieses Krebses und ist er als Muta-

tionsträger diagnostiziert, dann sollte er seine Töchter zur genetischen Beratung schicken. In einem multidisziplinären Meeting, das 2010 in den USA stattfand und vorhandene Studien analysierte, wurden etwa zehn Prozent der Männer mit Brustkrebs als familiär belastet beschrieben. Meist ist es eine BRCA2-Mutation.

Sowohl Mutter als auch Vater können Träger der Genveränderung sein, weiß Ursel Wirtz, Geschäftsstellenleiterin des BRCA-Netzwerks in Bonn. Brust- und Eierstockkrebs kommt in den betroffenen Familien gehäuft vor und tritt bereits in jungen Jahren (vor dem 50. Lebensjahr) auf. Daher werden die betroffenen Familien auch „Hochrisikofamilien“ genannt. Weitere Auffälligkeiten in diesen Familien sind beispielsweise, dass Brustkrebs in beiden Brüsten auftritt oder dass auch Männer der Familie daran erkranken. Das Risiko, als Mutter oder Vater eine vorhandene Genmutation an die Kinder weiterzugeben, beträgt 50 Prozent. Das BRCA-Netzwerk zeigt auf seiner Webseite, welche familiären „Auffälligkeiten“, welche Risikofaktoren vorliegen sollten, um nach einer genetischen Beratung zu fragen. Das Netzwerk berät kompetent und patientenorientiert. Hier engagieren sich Frauen, die selbst betroffen sind. Sie beraten selbstverständlich auch Männer ([www.brca-netzwerk.de/risikofaktoren-brustkrebs.html](http://www.brca-netzwerk.de/risikofaktoren-brustkrebs.html)).

An fünfzehn spezialisierten Zentren in Deutschland kann ein genetischer Stammbaum aus den Informationen erstellt werden, die der Patient aus seiner Familie berichtet. Es ist sinnvoll zu wissen, ob man aus einer Mutationsträgerfamilie kommt. Denn in diesem Fall bietet das deutsche Gesundheitswesen engmaschige Früherkennungsmaßnahmen wie Mammografie, Ultraschall und Kernspintomografie an. Wer erblich belastet ist – sei es durch eine festgestellte Genmutation oder weil man aus einer offensichtlichen Hochrisiko-Familie mit auffällig vielen Erkrankten kommt – wird regelmäßig und umfassend mit den besten bildgebenden Verfahren untersucht. 

# Wie sieht der Tumor aus?

## Die Tumorbilogie

Ein durch bildgebende Verfahren ergänzter Krebsverdacht muss immer durch eine histologische (feingewebliche) Untersuchung erhärtet werden. In der Regel wird per Stanzbiopsie Gewebe entnommen und unter dem Mikroskop untersucht. Das Untersuchungsergebnis aus der Pathologie sagt nicht nur, ob es tatsächlich Krebs ist, sondern lässt auch Aussagen über die Tumorbilogie zu. Tumorbilogie – das ist die „Visitenkarte“ des Krebses. Ist der Tumor einigermaßen harmlos, also sind die Zellen nur leicht verändert im Vergleich zu den gesunden Zellen? Oder handelt es sich um aggressive, schnell wachsende Zellen, die in hohem Maße entartet sind? Hat der Tumor Rezeptoren, also „Antennen“, die mit Geschlechtshormonen (Östrogenen) bösartige Zellen zum Wachstum treiben? Weist der Brustkrebs besondere molekularbiologische Besonderheiten auf?

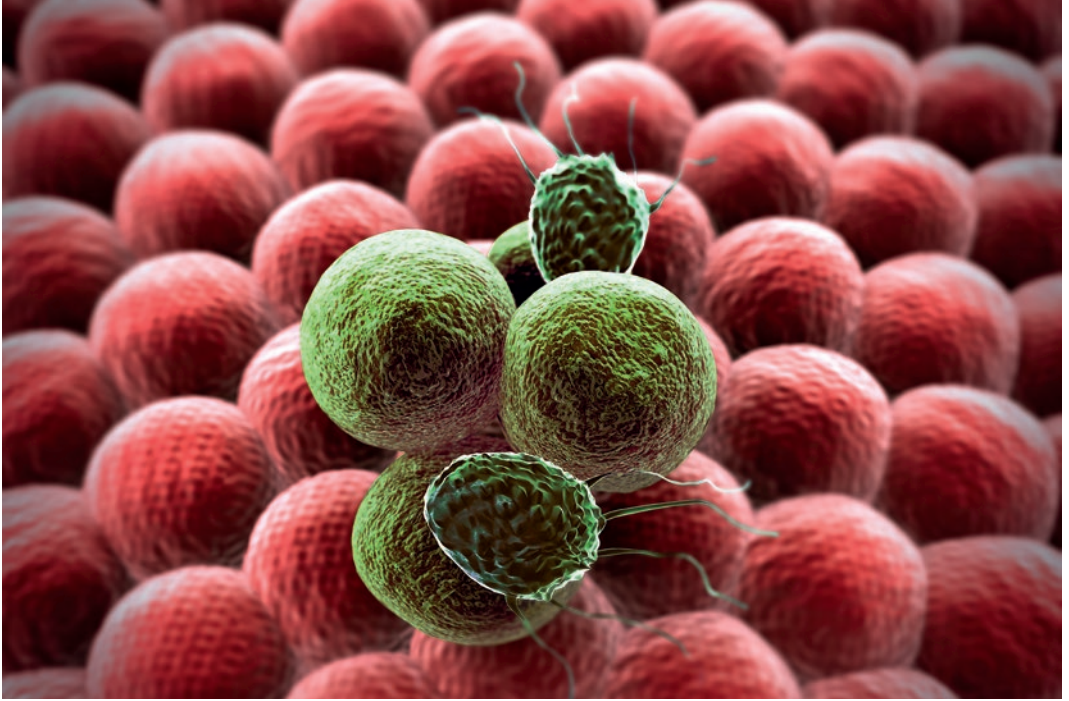
Die mikroskopischen Untersuchungen bei Pathologen zeigen, dass sich der Brustkrebs beim Mann von dem der Frau unterscheidet. Das Mammakarzinom des Mannes ist weit häufiger hormonrezeptor-positiv als es bei Frauen der Fall ist. Professor Dr. Frank Förster, Praxis für Gynäkologische Onkologie & Palliativmedizin in Chemnitz, referiert 81 bis 91 Prozent bei den Männern gegenüber 74 bis 81 Prozent bei den Frauen. Dabei steigt der hormonsensible Brustkrebs beim Mann mit zunehmendem Lebensalter an. Das ist auch bei der Frau nach den Wechseljahren so. Dieser häufigere Nachweis gilt sowohl für den Östrogen- (ER-) als auch für den Progesteron- (PR-)Rezeptor. Das sind Eiweiße, an die die beiden weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron binden können.

Das lobuläre Mammakarzinom (lobulär = in den Milchdrüsen) tritt beim Mann ganz selten auf, etwa ein Prozent gegenüber zwölf Prozent bei Frauen, was mit der Anatomie der männlichen Brust zu tun hat. Demgegenüber ist das invasiv duktales Karzinom mit 90 Prozent beim Mann häufiger zu finden als bei der Frau (80 Prozent der Fälle). Die Paget-Erkrankung, eine sehr seltene Brustkrebsform, wird seltener diagnostiziert.

Endgültig wird die Diagnose erst unter dem Mikroskop des Pathologen gesichert. Denn dort landen nach der Operation das entfernte Tumorgewebe und die entnommenen Lymphknoten und werden unter dem Mikroskop analysiert. Mit Abschluss dieser Untersuchungen stehen alle Merkmale des Tumors fest: Tumorgöße (T), Lymphknotenstatus (N), Fernmetastasen (M). Das „Grading“ (G) gibt auf einer Skala von G 1 bis G 4 an, wie sehr die Zelle sich von einer gesunden Zelle entfernt hat, wie stark sie entartet ist. Je höher die Zahl hinter dem G, umso aggressiver ist das Wachstum. Auch steht dann fest, ob der Tumor hormonsensibel ist oder ob er Her/2-neu exprimiert (siehe Kasten).

Folgt man deutschen Berichten, sind Männer mit HER2/neu-positivem Mammakarzinom eher selten zu finden. Wahrscheinlich liegt die Häufigkeit bei neun bis zehn Prozent. In den USA wurden bei einem multidisziplinären Forschungstreffen zum männlichen Brustkrebs vorhandene wissenschaftliche Studien untersucht. Die Meta-Analysen führten zu dem enttäuschenden Fazit, dass es nicht nur sehr unterschiedliche Ergebnisse gibt, sondern dass diese sich zum Teil auch widersprechen.





Für das triple-negative Mammakarzinom (es fehlen beide Hormonrezeptoren und der HER2/neu-Rezeptor) des Mannes liegen in der Literatur nur wenige Angaben vor. Liegt der Anteil bei Frauen bei ungefähr 20 Prozent, sind es beim Mann nur etwa ein bis zwei Prozent.

Zwar scheinen die tumorbiologischen Gemeinsamkeiten von männlichem und weiblichem Brustkrebs größer zu sein als die Unterschiede, aber Gewissheit gibt es nicht. „Obwohl die aktuellen Daten nahelegen, dass der männliche Brustkrebs dem postmenopausalen Brustkrebs der Frau sehr stark zu ähneln scheint, sind robustere Daten nötig, um diese Beobachtung zu bestätigen“, so die Schlussfolgerungen von Wissenschaftlern im Journal of Clinical Oncology.

In guten Brustzentren wird nach der unter dem Mikroskop bestätigten Krebsdiagnose der ganze Körper darauf

untersucht, ob sich der Krebs möglicherweise ausgebreitet hat. Hat der Krebs gestreut? Gibt es Absiedlungen in den Organen? Knochenszintigrafie, Röntgenuntersuchung der Lunge und Ultraschall der Leber geben Auskunft zu diesen Fragen. Männliche wie weibliche Patienten berichten übereinstimmend, wie angstbeladen sie diese Suche, die auch „Staging“ genannt wird, erlebt haben. Nicht einmal annähernd hat der Betroffene die Diagnose Brustkrebs verkraftet, da wird schon im ganzen Körper nach Metastasen gesucht. Angst und Herzklopfen begleiten diese Phase der Diagnose. Aber nur ganz selten hat sich bei der Erstdiagnose der Krebs bereits in Organe oder Knochen ausgebreitet. [↗](#)

## TNM-Klassifikation

Die so genannte TNM-Klassifikation stellt einen wichtigen Bestandteil des Befunds dar und erfasst drei Aspekte, die die Therapieentscheidung maßgeblich beeinflussen:

**T** = Größe und örtliche Ausdehnung des Tumors

**N** = Ausmaß des Lymphknotenbefalls, (abgeleitet von „node“, englisch für Knoten)

**M** = Auftreten von Metastasen in anderen Organen

Die Ziffern hinter den Buchstaben lassen Rückschlüsse auf Größe und Ausdehnung des Tumors (T1–4), Anzahl und Lage der befallenen Lymphknoten (No–3) und die Abwesenheit bzw. das Vorhandensein von Metastasen (Mo–M1) zu.

**Tis** = Tumorzellen sind noch nicht in das umliegende Gewebe eingedrungen, (Carcinoma in situ)

**To** = es gibt keinen Beweis für einen primären Tumor

### Tumorgröße

**T1** = Der Tumor ist unter 2 cm groß  
Die Kürzel **mi** (0,1 cm oder weniger), **a** (> 0,1 cm bis 0,5 cm), **b** (> 0,5 cm bis 1 cm) oder **c** (> 1 cm bis 2 cm) geben genauere Angaben zur Größe des Tumors.

**T2** = Tumorgröße zwischen 2 und 5 cm

**T3** = Tumor ist größer als 5 cm

**T4** = alle Tumoren, die in die Brustwand oder in die Haut eingewachsen sind

### Lymphknotenstatus

**No** = keine befallenen regionären Lymphknoten

**N1** = ein oder mehrere Lymphknoten in der Achselhöhle sind vom Krebs befallen

**N2** = wie N1, die Lymphknoten sind aber miteinander oder an nahem Gewebe fixiert  
Die Kürzel **a**, **b** oder **c** geben Hinweise darauf, welche Lymphknoten genau betroffen sind.

**N3** = Lymphknoten ober- oder unterhalb des Schlüsselbeins oder entlang der inneren Brustarterie sind befallen  
Die Kürzel **a**, **b** oder **c** geben Hinweise darauf, welche Lymphknoten genau betroffen sind

### Metastasen

**Mo** = Es wurden keine Fernmetastasen festgestellt

**M1** = Fernmetastasen sind vorhanden  
Die genaue Lokalisation wird mit Abkürzungen wie z. B. **OSS** (Knochen) oder **PUL** (Lunge) angegeben

**MX** = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden

## Grading (wie sehr sind die Zellen entartet?)

Je mehr die Zellen ihrem Ursprungsgewebe ähneln, desto weniger aggressiv und wachstumsstark sind sie. Je höher die Zahl hinter dem G ist, umso aggressiver ist der Tumor.

**G1** = bezeichnet stark ausdifferenzierte Zellen, die den gesunden Zellen sehr ähnlich sind

**G2** = bezeichnet Zellen, die bereits weniger differenziert sind

**G3** = bezeichnet Zellen, die kaum ausdifferenziert sind

**G4** = undifferenzierte Zellen

## Hormonrezeptorstatus

Zellen stehen untereinander in Kontakt. Für diesen Austausch tragen sie Rezeptoren „Antennen“ (Eiweißmoleküle), an die Hormone und Wachstumsfaktoren andocken können. An den Östrogenrezeptor und den Progesteron-Rezeptor können die weiblichen Geschlechtshormone anbinden. Leider können sie dadurch das Wachstum von Krebszellen antreiben. Aber die gute Nachricht ist: Es gibt hochwirksame und lang erprobte Medikamente, die die Hormonrezeptoren verschließen und so kein Wachstum zulassen.

Der Tumor ist entweder hormonrezeptor-positiv oder hormonrezeptor-negativ

## HER2/neu Status

HER2/neu ist ebenfalls ein Eiweiß, das sich auf Brustkrebszellen finden kann. Die HER2/neu-„Antennen“ sind ebenfalls Andockstationen, über die Wachstumsimpulse in den Tumor gesendet werden. Auch deshalb sind HER2/neu-Tumoren mit einem stärkeren Risiko behaftet.

## Die Klassifikation vorbehandelter Tumoren – das Symbol „y“

Nach einer der Operation vorgelagerten Therapie (neoadjuvante Radio- und/oder Chemotherapie) können häufig nur noch kleine oder überhaupt keine Tumorreste mehr gefunden werden. Es wäre irreführend, solche pTNM-Befunde statistisch gleich zu behandeln wie Fälle, bei denen keine Vorbehandlung stattgefunden hat. Deswegen wird der Klassifikation nach einer neoadjuvanten Therapie y-Symbol vorangestellt.



3

*Diagnose Brustkrebs*

# Wegweiser bei der Ersterkrankung

Wie bei jeder bösartigen Erkrankung sollten sich an Brustkrebs erkrankte Männer an spezialisierte und zertifizierte Brustzentren wenden. Nicht jeder Chirurg, der scharfe Schnitte mit dem Skalpell ziehen kann und sich für den Eingriff anbietet, ist auch der richtige Operateur auf diesem Spezialgebiet. Vor rund fünfzehn Jahren hat man in Deutschland begonnen, Diagnose und Behandlung von Krebs zu spezialisieren und auf die besten Kliniken zu konzentrieren. Brustkrebs war der Vorreiter in diesem Spezialisierungsgeschehen, das mit deutlichen Qualitätsverbesserungen einherging.

Politik und Partner im Gesundheitswesen (Ärzte, Krankenkassen, Patienten, Krankenhausgesellschaft) waren sich einig: Nicht mehr jedes Krankenhaus sollte Brustkrebs mit Operation, Bestrahlung und Chemotherapie behandeln. Es wurden Mindestfallzahlen festgelegt, die ein Brustzentrum erreichen muss, um eine Zertifizierung erfolgreich zu bestehen. Vor allem den Patientinnen war schnell klar, dass sie in einer Klinik mit 250 und mehr Operationen deutlich professioneller behandelt werden als in kleinen Krankenhäusern mit 20 Fällen im Jahr. Diagnostik, Therapie und Nachsorge werden in den Zentren auf hohem Niveau sichergestellt. Alle beteiligten Fachdisziplinen (Operateure, Pathologen, Onkologen, Strahlentherapeuten, Psychoonkologen) arbeiten eng zusammen. Alle Fälle werden gemeinsam in Tumorkonferenzen beraten.

Heute gibt es in Deutschland rund 250 spezialisierte und zertifizierte Brustzentren. Zwar dürfen immer noch alle Kliniken Brustkrebspatienten behandeln, aber

die an Brustkrebs erkrankten Frauen sind nicht dumm: 90 Prozent gehen in die Brustzentren. Eine Abstimmung mit den Füßen!

Aus dieser Synergie erwächst eine hohe Versorgungsqualität, von der die Patientinnen und Patienten profitieren. Es ist kein Zufall, dass die Heilungschancen für Brustkrebs in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Dazu hat maßgeblich beigetragen, dass sich die Versorgungsqualität durch die Bildung von Zentren erheblich verbessert hat. Andere Krebsarten sind diesem guten Beispiel gefolgt. Es gibt inzwischen Zentren für Darmkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs – um nur einige Tumorerkrankungen zu nennen, die in spezialisierten Organzentren behandelt werden können.

## Spezialisierte Brustzentren

Und weil die Brustkrebserkrankung beim Mann so ungewöhnlich und selten ist, sollten die Betroffenen auf jeden Fall in große Brustzentren gehen. Das ist der erste wichtige Schritt nach der Diagnose. Vielleicht empfiehlt sich sogar eine Universitätsklinik, weil dort auch geforscht wird. Aber reicht das wirklich für die Zukunft? Fachleute und Patientenvertreter sind sich einig: Es müssen auch Zentren geschaffen werden, die sich auf Brustkrebs beim Mann spezialisieren. Dort müsste beispielsweise auch das interdisziplinäre Team erweitert werden. Andrologen beispielsweise, also Ärzte, die sich mit den Fortpflanzungsfunktionen des Mannes und deren Störungen befassen, müssten dringend Teil des Beratungsteams sein.



Es gibt erheblichen Aufklärungsbedarf in dieser Frage. Immer noch scheinen viele Männer mit Brustkrebs von Chirurgen und nicht von spezialisierten Senologen – das sind Fachärzte für Brustheilkunde – operiert zu werden. So hat die Tumorbank der Stiftung PATH beispielsweise Brustkrebsgewebe und Blutserum von mehr als 7.500 Patientinnen bei tiefsten Temperaturen eingelagert. Die an sieben Brustzentren gesammelten Biomaterialien werden von der Stiftung PATH an die Krebsforschung gegeben. Orientiert man sich daran, dass ein Prozent aller Brustkrebsfälle bei Männern auftreten, müsste in der PATH Biobank Tumormaterial von rund 70 Männern zu finden sein. Es sind aber nur 30 Fälle. Das spricht dafür, dass Männer bei Verdachtsmomenten wie Knubbel in der Brust und Verhärtungen im Bereich der Brustwarze eher den Chirurgen aufsuchen als den Brustspezialisten. Und auch hier wird vermutlich schnell zum Skalpell gegriffen, weil selbst Ärzten Brustkrebs beim Mann nicht sofort in den Sinn kommt.

Mit Recht fordert Peter Jurmeister, dass nicht alle der rund 250 Brustzentren in Deutschland den seltenen Fall des männlichen Brustkrebses behandeln sollten. Es sollte eine Zentrierung auf einige wenige Kliniken erfolgen, die sich neben ihrem „Frauen“-Brustzentrum auf die Behandlung von Männern in Forschung und klinischer Anwendung fokussieren.

## Begleitung beim Arztgespräch

Früher zeichnete sich das Arzt-Patient-Verhältnis durch Eindimensionalität aus: Der Doktor sagte, wo es lang geht, der Patient folgte den Therapievorschlägen und Anweisungen brav. Nachfragen und Widerspruch waren selten. Viele Ärzte vermieden es, dem Patienten seine Krebsdiagnose mitzuteilen. Die Zeiten haben sich geändert. Mit der Demokratisierung des Wissens durch das Internet sind jetzt viele auch medizinische Informationen für alle verfügbar.

Der gut informierte mündige Patient kann mitentscheiden. Wer fragt, bekommt in der Regel auch Antworten. Und so empfiehlt es sich, die Arztgespräche bei Diagnose und vor Therapiebeginn gut vorzubereiten. Am besten nimmt sich der Erkrankte seine Frau/seine Partnerin, beziehungsweise seinen Lebenspartner mit. Auch die eigenen Kinder können hilfreich sein. Oft ist man als Betroffener so aufgeregt, dass vorher überlegte Fragen im Nirwana verschwinden und ärztliche Auskünfte und Antworten im Raum verhallen. Schon eine Stunde später sind nur noch Bruchstücke erinnerbar. Da hilft die Liebste, der nächste Familienangehörige, der beste Freund mit genaueren Gesprächserinnerungen, vielleicht sogar mit protokollarischen Aufzeichnungen.

## Zweite Meinung

Bevor Operation und Behandlung beginnen, ist immer Zeit, eine zweite Meinung einzuholen. Brustkrebs ist kein Notfall und muss nicht am nächsten Tag operiert werden. Es bleiben durchaus einige Wochen Zeit, um die Diagnose zu verarbeiten, weitere Informationen einzuholen, mit Nahestehenden und Betroffenen zu reden. Das Internet bietet eine Fülle an guten Informationen zu Brustkrebs. Wer unsicher ist, sollte sich eine zweite Meinung einholen. Kein guter Arzt ist beleidigt, wenn man sich noch ein weiteres Urteil zur schockierenden Diagnose suchen will. [x](#)



# Mamma **MIA!**

## Das Brustkrebsmagazin

Für Frauen, die mitreden wollen!

**JETZT**  
abonnieren!



**Bestellung unter:**

Telefon +49 89 85853-572

aboservice@mammamia-online.de

oder direkt auf [www.mammamia-online.de](http://www.mammamia-online.de)



# **4** *Therapieoptionen beim primären Brustkrebs*



# Brustkrebs: Therapieoptionen im Überblick

Im Prinzip entsprechen die Therapieformen beim männlichen Brustkrebs dem, was auch Frauen nach der Diagnose Brustkrebs durchlaufen. Immer muss das Tumorgeewebe operativ entfernt werden. Und oft muss der Mann die Behandlung mit der Einnahme von antihormonellen Tabletten abschließen. Und das über Jahre. Bei Frauen wird nach einer brusterhaltenden Operation (85 Prozent) die Brust bestrahlt, damit mögliche Zellabsiedlungen in der Nähe des Tumors nicht unkontrolliert wachsen können. Bei Männern ist die Bestrahlung eher selten, da die Brust häufiger komplett entfernt wird. Hier stellen sich einige Fragen. Wenn Frauen nach brusterhaltender Operation fast immer bestrahlt werden und auf diese Weise deutlich besser Überlebenschancen haben – warum gilt das nicht gleichermaßen für Männer nach der Brustoperation? Auch Chemotherapie wird beim Mann mit Brustkrebs seltener eingesetzt. Aufgrund der Tumorbilogie ist eine antihormonelle Behandlung oft ausreichend. In einem aber unterscheidet sich der operative Eingriff bei Männern und Frauen. Für Brustkrebspatientinnen gibt es eine Reihe von Operationsverfahren, die einerseits den Tumor möglichst restlos entfernen, andererseits die Brustform erhalten oder wiederherstellen. Die brusterhaltende Operation ist beim Mann aus anatomischen Gründen meist nur auf die Wiederherstellung der Brustwarze konzentriert.

## Operation

Brustkrebs ist ein so genannter solider Tumor, der immer operativ entfernt werden muss. Das ist beispielsweise beim Prostatakrebs anders. Hier kann es nach dem Auf-

treten erster Anzeichen auch angeraten sein, zunächst abzuwarten und engmaschig zu beobachten. „Watchfull waiting“ wird das genannt und immer öfter auch praktiziert. Aber der mit Brustkrebs diagnostizierte Mann muss auf jeden Fall zur Operation in ein Krankenhaus – in ein Brustzentrum.

In der Operation werden sowohl das tumorbefallene Gewebe als auch die Lymphknoten aus der Achselhöhle entfernt – seit kurzem meist nur die „Wächterlymphknoten“. Über die Lymphknoten können sich Tumorzellen am ehesten im Körper ausbreiten. Der Operateur/die Operateurin entscheidet, ob es ausreicht, nur den Tumor und einen ausreichend großen Rand im Gesunden herauszunehmen oder ob der gesamte Drüsenkörper und auch die Brustwarze in einer so genannten Mastektomie entfernt werden müssen. Das hängt davon ab, wie weit sich der Tumor im Brustgewebe ausgebreitet hat.

Da Männer aufgrund ihrer Anatomie nur wenig Brustgewebe haben, lässt sich die Entfernung der gesamten Brust oft nicht vermeiden. Aber die meisten betroffenen Männer sind mit dem kosmetischen Ergebnis zufrieden. Muss allerdings auch die Brustwarze entfernt werden, dann ist das Körperbild des Manns gestört. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass es dem betroffenen Mann unangenehm ist, durchs Schwimmbad zu gehen oder am sonnigen Strand entlang zu spazieren. Aber in Brustzentren wird immer die Möglichkeit angeboten, die amputierte Brustwarze aus anderem Körpergewebe zu rekonstruieren. Wichtig ist, dass die Kostenübernahme im Voraus mit der Krankenkasse geklärt wird.

Trotzdem ist auch für den Mann eine Entfernung des erkrankten Brustgewebes nicht einfach und wird als beträchtlicher Eingriff in das Körperbild empfunden. Je nach Größe des Tumors und nach Umfang des entfernten Gewebes mitsamt der Haut empfindet mancher Brustkrebspatient das Operationsergebnis als stramme und stark gespannte Narbe.

Dr. Robert Förster von der Radioonkologie des Universitätsklinikums Heidelberg fragt in einer Datenanalyse über männlichen Brustkrebs, ob beim Mann nicht doch zu radikal operiert wird, weil fast immer eine Mastektomie vorgenommen wird. Vor allem für sehr kleine Tumoren könnten schonendere Operationen gewählt werden. „Weiterhin liegt der Schluss nahe, dass die Mastektomie beim Mammakarzinom des Mannes oft eine Übertherapie darstellt und im entsprechenden Stadium mit verbesserter adjuvanter (vorbeugender) Therapie analog der Leitlinien zum Mammakarzinom der Frau ein gleichwertiges Ergebnis erreicht werden könnte.“

An den Lymphknoten ist ablesbar, ob der Tumor möglicherweise schon über die Lymphbahnen seinen Weg in den Körper gefunden hat. Deshalb wurden früher möglichst alle Lymphknoten in der Achsel (Axilla) entfernt – bei Frauen wie bei Männern. Die Anzahl befallener Lymphknoten dient immer auch als prognostischer Marker: Je höher die Anzahl, umso größer das Rückfallrisiko, umso konsequenter die systemische Therapie. Inzwischen aber konnte in klinischen Studien nachgewiesen werden, dass es ausreichend ist, nur die ersten Lymphknoten zu entfernen und zu untersuchen. Sind diese so genannten „Wächter- oder Sentinel“-Lymphknoten frei, können die Ärzte mit hoher Sicherheit davon ausgehen, dass es keinen weiteren Befall in der axillären Region gibt. Ein gutes Zeichen. Heute wird die Entfernung des Sentinel-Lymphknotens immer häufiger der klassischen Axilladissektion, also der Entnahme aller Lymphknoten in der Achselregion, vorgezogen. Nicht nur der schonendere Eingriff in den Körper ist von Vorteil, auch ein

Lymphödem, eine gefürchtete Folge der Lymphknotenentfernung, kann so weitgehend vermieden werden. Einige Patienten leiden als Folge der radikaleren Operation unter einem Lymphödem, das heißt, der betroffene Arm kann dick werden – und bleibt es oft für immer. In diesem Fall sollte ein Kompressionsärmel getragen werden. Regelmäßige Lymphdrainagen sind angezeigt und müssen auch vom Arzt verordnet werden.

## Chemotherapie

Auch bei Männern mit Brustkrebs stellt sich spätestens nach der Operation die Frage: Muss ich mich einer Chemotherapie unterziehen? Weil Männer meist einen hormonsensiblen Tumor haben, ist bei ihnen die antihormonelle Therapie die erste Wahl. Das in der Operation entfernte Tumorgewebe und die entnommenen Lymphknoten sind in der Pathologie untersucht worden und liefern die Kriterien für das weitere Vorgehen. Ist der Tumor eher harmlos (G 1) und sind keine Lymphknoten beteiligt, sieht es gut aus. Das Rückfallrisiko ist minimal. Wenn aber die Tumorbiologie eine hohe Aggressivität aufweist, wenn schnelles Zellwachstum nachweisbar ist und auch noch Lymphknoten befallen sind, dann muss eine systemische Therapie, wie beispielsweise die Chemotherapie, erwogen werden. Diese wird immer eingesetzt, um das vorhandene Rückfallrisiko zu minimieren. Dieses Vorgehen wird adjuvante (vorbeugende) Therapie genannt und zielt darauf ab, Krebszellen, die möglicherweise unsichtbar im Körper verblieben sind, zu zerstören.

In den Anfängen der Krebsbehandlung hat man nur auf die radikale Entfernung des befallenen Gewebes gesetzt. Es hat lange gedauert, bis sich nach etlichen Rückschlägen die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass Krebs eine systemische Erkrankung ist, die sich über die Lymph- und Blutbahnen im ganzen Körper ausbreiten kann. Also müssen neben dem Skalpell noch andere Waffen eingesetzt werden.

Für eine Chemotherapie werden unterschiedliche Zytostatika (Krebsgifte) zusammengestellt. Immer sind die Substanzen und ihre Kombinationen in großen klinischen Studien erprobt worden. Erst wenn sich die neue Chemotherapie Y gegenüber der bisherigen Standardtherapie X als erfolgreicher (längeres Überleben der Patienten) herausgestellt hat, wird sie auf dem Markt zugelassen, von Krankenkassen bezahlt und routinemäßig eingesetzt.

Männer mit Brustkrebs erhalten die gleichen Chemotherapien wie erkrankte Frauen. Welche Zytostatika-Kombination, welches „Therapie-Regime“ genau eingesetzt wird, entscheidet sich entlang der Tumorbilogie. Meist wird darüber in der Tumorkonferenz beraten, in der alle zur Krebstherapie gehörigen Disziplinen zusammensitzen: die Operateure, die Onkologen und Strahlentherapeuten. Gemeinsam wird eine Therapieempfehlung erstellt.

Aus den wenigen Studien zum Brustkrebs beim Mann ist bekannt, dass Chemotherapien eher bei jungen Männern mit einem hohen Grading und befallenen Lymphknoten eingesetzt wird – meist in Kombination mit dem antihormonellen Medikament Tamoxifen. „Chemotherapie ist kein Ponyhof“ – so eine Brustkrebspatientin nach ihrer vierten Sitzung, „aber es ist auszuhalten.“ In den frühen Jahren des Zytostatika-Einsatzes mussten die Patienten mit starker Übelkeit und heftigem Erbrechen kämpfen. Das alles ist deutlich besser geworden. Die Dosierungen sind verträglicher, und es gibt eine Reihe wirksamer Mittel gegen Übelkeit. Aber mit Sicherheit fühlt man sich erschöpft und müde. Dagegen helfen die alten Hausmittel wie schlafen, ausruhen, spazieren gehen, etwa Schönes unternehmen.

### Antikörpertherapie

Weist der Brustkrebs beim Mann sehr viele HER2/neu-Rezeptoren, also eine so genannte „dreifache Überex-



pression von HER2/neu“ (HER2/neu +++), dann ist die Behandlung mit einem Antikörper, hier Trastuzumab, Handelsname Herceptin®, angezeigt. Die HER2/neu-„Antennen“ sind Andockstationen, über die Wachstumsimpulse in den Tumor gelangen. Auch deshalb sind diese Tumoren mit einem stärkeren Risiko behaftet. Mit dem Antikörper ist eine neue Dimension in die Behandlung von Brustkrebs eingezogen. Hatten Frauen (und Männer) mit HER2/neu-positivem Brustkrebs eher eine schlechte Prognose, so hat sich durch diese neue Wirkstoffgruppe ihr Überleben deutlich verbessert. Trastuzumab kann als Infusion alle vier Wochen verabreicht werden. Aber es gibt inzwischen auch die subkutane Applikation, also eine Gabe als Spritze. Die geht schnell und erfordert keine zeitraubenden Aufenthalte in den Behandlungsräumen der Onkologen. Es gibt schönere Orte zum stundenlangen Verweilen...

### Antihormonelle Therapie – ein schwieriges Kapitel

Männer mit hormonsensiblen Brustkrebs – das ist die große Mehrheit – haben nach der Operation als weitere Option die antihormonelle Therapie. Sie wird auch endokrine Therapie genannt und dient dazu, die Hormonrezeptoren auf den Krebszellen zu blockieren beziehungsweise die Produktion von Östrogen zu hemmen. Es soll verhindert werden, dass Wachstumsimpulse in mögliche, noch verbliebene Krebszellen gelangen. Das ist ein klarer Überlebensvorteil, weil abgesiedelte Krebszellen auf diese Weise keine Nahrung bekommen. Tamoxifen ist das am längsten erforschte und erprobte Mittel, sozusagen der Goldstandard mit 37 Jahren Beobachtungszeit, um die Hormonrezeptoren zu blockieren. Seit 1978 werden hormonrezeptor-positive Brustkrebspatienten damit behandelt, viele Frauen verdanken dieser Therapie ihr Leben.

Allerdings kann die Antihormontherapie den Körper belasten – den des Mannes ebenso wie den der Frau.

Ständige Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit sind bei Männern und Frauen beschriebene Symptome. Knochenschmerzen und Gefühlsschwankungen kommen nicht selten dazu. Außerdem kann die Therapie Auswirkungen auf das Sexualleben haben: Viele Patienten klagen über Libidominderung und in der Folge über Potenzverlust.

In der endokrinen Therapie kommen auch so genannte Aromatasehemmer zum Einsatz. Der Körper ist in der Lage, durch das Enzym Aromatase männliche Hormone in Östrogen umzuwandeln. Viele Mammakarzinome benötigen als Wachstumsanreiz Östrogene. Aromatasehemmer blockieren also die Bildung von Östrogenen im Körper.

Die Faktenlage zur antihormonellen Therapie beim Mann ist schwach. Das amerikanische Forscher Meeting zum Brustkrebs bei Männern weist darauf hin, dass es außer Fallstudien keine klinischen Daten zur Effizienz von Aromatasehemmern bei Männern mit Brustkrebs gibt. Eine prospektive Studie wollte 56 Patienten aufnehmen und diese neue Wirkstoffgruppe bei Männern erproben. Sie musste nach zwei Jahren geschlossen werden, weil aufgrund logistischer und finanzieller Probleme kaum Teilnehmer eingeschlossen werden konnten.

Dr. Holm Eggemann berichtet, dass bei nicht wenigen Männern die Akzeptanz von Tamoxifen gering ist. Wie bereits erwähnt, kann Tamoxifen zu Potenzstörungen führen. Wenn Aromatasehemmer in Verbindung mit GnRh-Analoga eingesetzt werden, die zusätzlich die Hodenfunktion unterbinden, wird diese Seite des männlichen Lebens noch einmal stärker negativ beeinflusst.

### Bestrahlung

Männern, die brusterhaltend operiert wurden, wird in der Regel eine adjuvante (vorbeugende) Bestrahlung empfohlen und das unabhängig von Stadium und mög-

licher Chemotherapie. Aus langjährigen Studien mit Tausenden von Frauen ist bekannt, dass die Bestrahlung der betroffenen Brust das Rückfallrisiko signifikant senkt. Damit wird das Gesamtüberleben deutlich gesteigert. Dr. Robert Förster hat in seiner Analyse von 113 Fällen jedoch festgestellt, dass nur 60 Prozent dieser Männer bestrahlt wurden. Was kann der Grund sein? Aufgrund der geringen Fallzahlen wird es darauf keine befriedigende Antwort geben.

Wie ein Bericht im Journal of Clinical Oncology zeigt, ist das übliche Vorgehen beim Mann die modifizierte radikale Mastektomie. Aber was passiert danach? Hier wird nur vage eine Studie zitiert. Demnach sollen beim brustkrebskranken Mann nach Mastektomie die gleichen Behandlungsleitlinien wie bei Frauen angewandt werden. Das bedeutet, dass nach einer Entfernung der Brust in der Regel nur bei einem hohen Rückfallrisiko bestrahlt wird (großer Tumor, Schnittländer nicht tumorfrei, mehr als drei Lymphknoten befallen).

Dr. Holm Eggemann berichtet aus rückblickenden Analysen, dass auch beim Mann die Rezidivrate (Rückkehr des Tumors am gleichen Ort) durch vorbeugende Bestrahlung gesenkt werden konnte, insbesondere bei Männern mit einem sehr großen Tumor. Aber: „Bei geringer Fallzahl blieb der Nachweis einer positiven Beeinflussung des Gesamtüberlebens aus.“

### Prognose: Werde ich überleben?

Bei Männern und Frauen mit Brustkrebs sind die Prognosefaktoren annähernd gleich: Größe des Tumors, Lymphknotenbefall, Grading (von G 1 = eher harmlos bis G 4 = sehr schnell teilende Zellen) und Hormonrezeptorstatus zeigen, wie es um die Heilungsaussichten bestellt ist. Die Lebenserwartung sinkt mit zunehmender Tumorgroße, mit dem Nachweis axillärer Lymphknoten-Metastasen, mit einer schlechten Differenzierung der Zellen (G 3) und fehlendem Hormonrezeptor. Ein triple-

negativer Tumor (keine Hormonrezeptoren, keine HER2/neu-Überexpression) hat für Männer wie für Frauen eine deutlich schlechtere Prognose.

Männer mit Brustkrebs gehen oft erst spät zum Arzt. Sie rechnen einfach nicht mit dieser Frauenkrankheit. Das legt die Vermutung nahe, dass Männer eine schlechtere Prognose haben und eher am Brustkrebs versterben. Aber Dr. Robert Förster stellt in einer Datenanalyse von 108 Männern und 108 Frauen mit gleicher Tumorbiologie und gleichen Prognosefaktoren im Regierungsbezirk Chemnitz fest, dass sich zwar die Behandlung unterscheidet – Männer haben weniger Bestrahlung, häufiger Mastektomie und seltener Chemotherapie – aber das Gesamtüberleben ist fast identisch. „Dennoch fanden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede im krankheitsfreien und Gesamtüberleben zwischen den beiden Vergleichsgruppen.“ Es wird angenommen, dass Männer mit Brustkrebs gegenüber Frauen öfter an anderen Krankheiten (beispielsweise koronare Herzerkrankungen) sterben, die nicht mit dem Brustkrebs zu tun haben. Sie sind ja auch älter, wenn sie die Diagnose trifft.

Diese Erkenntnis wird auch beim Meeting der US Forscher bestätigt: 40 Prozent der Männer mit Brustkrebs sterben an anderen Krankheiten. Die Experten kommen zu dem Schluss, dass die Überlebensraten von Männern und Frauen – unter Berücksichtigung des späteren Alters bei Diagnose und der geringeren Lebenserwartung von Männern – in etwa gleich sind. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Frauen wird derzeit mit rund 85 Prozent angegeben. Manche Statistiken sprechen bei Männern von einer etwas niedrigeren Rate. Aber auch hier muss erneut auf die unklare Datenlage hingewiesen werden. Die geringe Zahl erkrankter Männer und die fehlenden Studien erlauben keine validen Zahlen, keine eindeutigen Aussagen zum Überleben von Männern mit Brustkrebs. ❌

# Antihormontherapie

## Gleiche Wirkungsweise bei Männern und Frauen?

**Mamma Mia!:** Herr Jurmeister, wenn Männer an Brustkrebs erkranken, müssen sie sich in der Regel der gleichen Therapie unterziehen wie Frauen. Das klingt einleuchtend. Auch Menschen, die an Leukämie erkrankt sind, müssen die gleichen Behandlungsschemata durchlaufen. Ist das bei Brustkrebs zwingend und richtig?

**Peter Jurmeister:** Weit mehr als 90 Prozent der männlichen Mammakarzinome sind Östrogen abhängig. Die wichtigste systemische Therapie ist also eine Antihormontherapie, die genau da ansetzt, wo es die wesentlichen Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Organismus gibt. Hormonelle Therapien greifen ja nicht nur auf das Tumorgewebe zu, sondern insbesondere auch auf die Keimdrüsen (Eierstöcke beziehungsweise Hoden). Sie beeinflussen damit auch entscheidend den hormonellen Regelkreislauf der mittels der Steuerungshormone (FSH, LH, GnRH) von der Hypophyse beziehungsweise Hypothalamus gesteuert wird. Somit können sich – je nach eingesetztem Wirkstoff – die therapeutischen Wirkungen und die Nebenwirkungen

deutlich unterscheiden. Dass es hier kaum Erkenntnisse gibt, zeigt zum Beispiel die zurzeit laufende „Male-Studie“ der German Breast Group, die den Einfluss von unterschiedlichen Medikamentenkombinationen auf die Östradiolkonzentration bei Männern evaluieren soll. Ein weiteres Beispiel: Mammakarzinome bilden – bei Männern noch häufiger als bei Frauen – auch Androgenrezeptoren aus. Ob dies bei dem deutlich höheren Androgenspiegel der Männer ein größeres Risiko für das

Tumorstadium bedeutet und es hier möglicherweise einen weiteren Therapieansatz gibt, ist völlig ungeklärt.



Fazit: Es gibt wohl kaum eine andere Krankheit, bei der das Geschlecht des Patienten sich so sehr auf die Therapie auswirkt. Für Frauen ist die Wirksamkeit der Therapien durch aussagekräftige Studien belegt. Männern bleibt nur die Hoffnung, dass die Behandlungen – trotz der offensichtlich anderen hormonellen Gegebenheiten des männlichen Organismus – auch bei ihnen wirken. Eine der bekanntesten Forscherinnen auf dem Gebiet des männlichen Brustkrebses, Dr. Sharon Giordano vom MD

Anderson Cancer Center in Houston, hat das Problem so ausgedrückt: „It’s time for Evidenz instead of Extrapolation“ („Es ist Zeit für Beweise statt Vermutungen“, Anmerkung der Redaktion).

**Mamma Mia!:** Mit welchen körperlichen und emotionalen Risiken und Nebenwirkungen müssen Männer mit Brustkrebs rechnen, wenn sie antihormonelle Mittel einnehmen?

**Peter Jurmeister:** Das kommt ganz darauf an, um welche Medikamente es sich handelt. Bei Tamoxifen sind die Nebenwirkungen kaum anders als bei Frauen. So berichten beispielsweise auch Männer über Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen. Viele Patienten klagen aber auch über eine deutliche Libidominderung, was in der Folge bei Männern dann meist auch zu Potenzverlust führt.

**Mamma Mia!:** In der antihormonellen Therapie werden Tamoxifen, Aromatasehemmer und GnRH-Analoga eingesetzt. Gibt es nach Ihrer Erfahrung und nach den Berichten von Betroffenen Unterschiede in den Nebenwirkungen dieser Medikamente?

**Peter Jurmeister:** Die Auswirkungen der meist in Kombination eingesetzten Aromatasehemmer und GnRH-Analoga sind noch gravierender. Durch die GnRH-Analoga werden die männlichen Hormone auf Kastrationsniveau gesenkt. Ein völliger Verlust der Sexualfunktionen, Antriebsarmut und massive Stimmungsschwankungen bis hin zu Depressionen werden häufig beschrieben. Männer verlieren auch deutlich an Muskelkraft, was dann, mit den bei Aromatasehemmern oft auftretenden Knochen- und Gelenkschmerzen, zu einer starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit führt. Eine Mono- oder Kombinationstherapie mit Aromatasehemmern wird bei Männern in der Regel nur bei Unverträglichkeit oder bei Fortschreiten der Erkrankung unter Tamoxifen eingesetzt.

**Mamma Mia!:** Warum wird oft auch noch durch GnRH-Analoga die Hodenfunktion ausgeschaltet? Was soll damit erreicht werden? Und welche Auswirkung auf den männlichen Patienten hat das?

**Peter Jurmeister:** In den Eierstöcken bei Frauen – und in geringerem Maße auch in den Hoden der Männer – werden Östrogene direkt erzeugt und können nicht durch Aromatasehemmer unterdrückt werden. Bei Frauen nach den Wechseljahren stellen die Eierstöcke die Funktion ein, und durch Aromatasehemmer kann die periphere Östrogensynthese unterbunden werden. Beim Mann bleibt die Funktion der Hoden – wenn auch vermindert – bis ins hohe Alter erhalten. Die direkte Östrogenproduktion in den Hoden führt aber dazu, dass bei der Therapie mit Aromatasehemmer der Östrogenspiegel nicht so weit absinkt wie bei Frauen nach den Wechseljahren. Somit ist es völlig offen, ob die verminderte Absenkung des Östrogenspiegels ausreicht, um eine therapeutische Wirkung zu entfalten. Durch die zusätzliche Gabe von GnRH-Analoga wird die Funktion der Hoden ausgeschaltet – in der Folge werden auch beim Mann die Östrogene vollständig unterdrückt. Aber auch die männlichen Hormone werden unterdrückt – mit den bereits beschriebenen Folgen.

**Mamma Mia!:** Was raten Sie Männern, die unter den Nebenwirkungen dieser Therapie besonders leiden? Aufhören? Weitermachen? Gibt es aus Ihrer Sicht „Hausmittel“, um die Nebenwirkungen in Schach zu halten?

**Peter Jurmeister:** Das können nur Arzt und Patient gemeinsam entscheiden, indem sie Risiko und Nebenwirkungen abwägen. Wir weisen Männer, die sich mit der Frage nach „Hausmittel“ an uns wenden, ausdrücklich darauf hin, dies unbedingt mit den behandelnden Ärzten abzustimmen. Tamoxifen ist beispielsweise eine so genannte „Prodrug“, das heißt, erst durch eine Verstoffwechslung in der Leber wird der eigentliche Wirkstoff erzeugt. Es gibt Medikamente, zum Beispiel




einige Antidepressiva, aber auch einige „Naturheilmittel“, die den gleichen Stoffwechselweg nehmen und die Umwandlung des Tamoxifens behindern können. Viele Männer in unserem Netzwerk berichten, dass sie mit einer ausgewogenen Ernährung, moderatem Sport und Methoden zum Stressabbau besser mit den Nebenwirkungen zurechtkommen. Einige berichten auch, dass ihnen Akupunktur geholfen hat.

**Mamma Mia!:** Die Datenlage zur Behandlung brustkrebskranker Männer ist aufgrund der Seltenheit dieser Erkrankung dürrftig. Gute Behandlung aber braucht Daten. Gibt es Alternativen zu klinischen Studien? Was könnte getan werden, um Fakten und Erfahrungen zur Therapie von Brustkrebs bei Männern zu sammeln und zu sichern?

**Peter Jurmeister:** Aufgrund der geringen Erkrankungsrate ist es nur auf internationaler Ebene möglich, genügend Patienten für belastbare Studien zu rekrutieren. Hoffnung gibt hier eine Studie der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). In der ersten, bereits abgeschlossenen Phase der EORTC10085 Studie waren 1822 männlich Patienten eingeschlossen. Leider beteiligen sich deutsche Zentren an dieser Studie nicht. Eine wesentliche Verbesserung in der Versorgung männlicher Brustkrebspatienten in Deutschland könnte erreicht werden, wenn sich einige wenige universitäre Brustzentren ganz speziell auch um das männliche Mam-

makarzinom kümmern würden. Wie sollen sich bei nur 600 Neuerkrankungen im Jahr und rund 250 Brustzentren in Deutschland Erfahrungen entwickeln und Fakten zu dieser Erkrankung gesammelt werden, wenn sich die Patienten auf alle Zentren verteilen? Natürlich müsste es an diesen Zentren auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Andrologen geben, um Männern mit den sexuellen Problemen der Antihormonbehandlung ärztliche Hilfe anbieten zu können.

Immer wieder wenden sich Männer an unser Netzwerk, um zu erfahren, wo sie denn die Spezialisten für ihre Erkrankung finden können. Die Auskunft, dass an allen Brustzentren, die zu mehr als 99 Prozent Frauen behandeln, die Spezialisten für den männlichen Brustkrebs zu finden sind, stellt verständlicherweise keinen Patienten zufrieden. 

## Kontakt

**Peter Jurmeister**

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e. V.  
E-Mail: [p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net](mailto:p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net)

[www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de)







## Tumor ist nicht gleich Tumor

### Orientierungshilfe zur individuellen Brustkrebstherapie

2. aktualisierte Auflage

Der Ratgeber gibt einen ausführlichen Überblick über zielgerichtete Therapieoptionen und neue Behandlungsstrategien beim Mammakarzinom.

Sie erhalten den Ratgeber **kostenlos** wenn Sie uns einen DIN-A4-Rückumschlag mit Ihrer Adresse zusenden. Beachten Sie folgendes Porto:

€ 1,45 Frankierung für Zusendungen innerhalb Deutschlands

€ 5,00 Geldschein für Zusendung innerhalb der EU

an Leserservice Mamma *Mia!*, Postfach 1363, 82034 Deisenhofen

Weitere Informationen finden Sie unter  
[www.mammamia-online.de](http://www.mammamia-online.de)



# **5** *Therapieoptionen beim fortgeschritte- nen Brustkrebs*

# Fortgeschrittener Brustkrebs: Therapieoptionen im Überblick

Ist der Brustkrebs schon fortgeschritten, weil er zu spät entdeckt wurde oder sehr schnell gestreut hat, dann sind alle therapeutischen Maßnahmen angezeigt, die es für die vergleichbare Situation bei der Frau gibt. Inzwischen haben die Onkologen und Gynäkologen ein ganzes Arsenal an Wirkstoffen, mit denen der fortgeschrittene oder metastasierte Brustkrebs bekämpft werden kann. Versagt ein Medikament, weil sich nach einiger Zeit Resistenzen bilden, kann schnell ein anderes eingesetzt werden.

Wenn sich Metastasen gebildet haben – bei Brustkrebs vor allem in Knochen, Leber, Lunge und Hirn – ist Heilung nicht mehr möglich. Aber mit einer guten Therapieführung in einem Brustzentrum oder in einer hämatoonkologischen Praxis können immer längere Überlebenszeiten für den Patienten „herausgeholt“ werden. Man spricht zunehmend davon, dass der Krebs „chronifiziert“ werden kann.

Die antihormonelle Therapie ist bei erkrankten Männern in der metastasierten Situation meist die erste Therapieoption. Prof. Dr. Frank Förster schreibt: „Neuere Einzelfallstudien beschreiben Therapieerfolge durch die Verwendung von GnRH-Analoga in Verbindung mit Aromatasehemmern. Diese Kombinationen hatten sogar nachweislich positive Effekte bei Patienten, die zuvor nicht auf eine Monotherapie angesprochen hatten.“

Chemotherapien, so Försters Beobachtung, werden

beim metastasierten männlichen Mammakarzinom – wenn überhaupt – erst später eingesetzt. Muss eine schnelle Rückbildung der Metastasierung erreicht werden oder haben mehrere antihormonelle Therapien versagt, verläuft die weitere Behandlung analog zu den bei weiblichen Patienten. Bei HER2/neu-positiven Tumoren wird auch in der fortgeschrittenen Situation immer Trastuzumab gegebenenfalls in Kombination mit einem anderen Wirkstoff empfohlen.

Strahlentherapie kann dann zum Einsatz kommen, wenn lokal fortgeschrittene, rezidivierende Metastasen eingedämmt und Knochen- oder Hirnmetastasen damit in Schach gehalten werden können. [🔗](#)





6

***Nebenwirkungen  
der Krebstherapie***

# Linderung der Beschwerden durch supportive Maßnahmen

In der Krebsbehandlung werden zur Krankheitsbekämpfung oft schwere Geschütze aufgeföhren: Mit mehr oder weniger harten Chemotherapien werden Krebszellen attackiert, die sich möglicherweise schon vor der operativen Entfernung des Tumors irgendwo im Körper angesiedelt haben. Diese systemische Behandlung nennt man „adjuvant“, also vorbeugend.

## Übelkeit

Harte Medikamente können auch starke Nebenwirkungen haben. Von der Chemotherapie ist bekannt, dass sie in bis zu 80 Prozent der Fälle Übelkeit auslöst. Bei mehr als der Hälfte der Patienten geht die Übelkeit auch mit Erbrechen einher. Das berichtet die „pharmazeutische Zeitung online“ 37/2007 in dem umfassenden Artikel „Nebenwirkungen gezielt bekämpfen“.

Doch mit Übelkeit und Erbrechen wird der Patient nicht alleingelassen. So genannte supportive oder unterstützende Maßnahmen sollen Nebenwirkungen der Krebstherapie vorbeugen und lindern. Supportive Medizin ist aber nicht mit der so genannten „Alternativmedizin“ zu verwechseln. Für Alternativmedizin, die sich oft als Gegensatz zur Schulmedizin versteht, fehlt meist die wissenschaftliche Beweisführung. Sie wird deshalb auch selten von Ärzten verordnet oder von den Krankenkassen erstattet.

Supportive Medikamente werden in der Regel vom behandelnden Onkologen verschrieben, und zwar bevor es zu den unangenehmen Nebenwirkungen kommt. So wird nicht erst darauf gewartet, dass dem Patienten von der Chemotherapie schlecht wird. In onkologischen Praxen und Kliniken wird das Anti-Übelkeitsmedikament gleich mit auf den Heimweg gegeben.

## Was gegen Übelkeit helfen kann:

- ✂ Alles essen, worauf man Appetit hat. Alles weglassen, was einem zuwider ist.
- ✂ Besser kalte oder lauwarme Speise zu sich nehmen.
- ✂ Auf ganz Süßes, ganz Fettiges und ganz Scharfes verzichten.



✂ „Sanfte“ Speisen wie Kartoffelbrei, Apfelmus und Quark zu sich nehmen.

## Entzündungen im Mund

Zytostatika greifen besonders die Schleimhäute an. Das spüren viele Krebspatienten im Mundraum. „Nach den Chemotherapie-Infusionen hatte ich tagelang das Gefühl, als läge ein alter Flokati-Teppich in meinem Mund“, berichtet eine Brustkrebspatientin. Empfehlenswert ist eine gute Mundpflege – möglichst schon vor der Chemotherapie. Es ist gut, wenn die Zähne saniert und Zahnfleischentzündungen behandelt sind.

Regelmäßige Mundspülungen mit Salbeitee und Pinselungen mit Myrrhentinktur oder mit anderen vom Arzt empfohlenen Zubereitungen aus der Apotheke wirken desinfizierend und entzündungshemmend. Auch hilft es, wenn man Salbei-Bonbons lutscht – nicht zuletzt, um den ekligen Grundgeschmack aus dem Mund zu verbannen. Bei einem Pilzbefall sollte sich der Patient örtlich anzuwendende Anti-Pilz-Mittel verschreiben lassen. Bei größeren Problemen verordnen Ärzte auch spezielle Mundtherapeutika.

## Probleme im Blutbild

Weil viele Chemotherapeutika auch die Bildung der Blutzellen im Knochenmark treffen, fallen bei nicht wenigen Patienten die weißen Blutkörperchen (Leukozyten) deutlich ab. Dies wird vom Onkologen genau beobachtet. Deshalb wird vor jeder Infusion der Anteil der weißen Blutkörperchen gemessen.

Eine Mindestkonzentration von 3.000 Leukozyten je Mikroliter Blut ist notwendig, damit keine Infektionen den Körper belasten. Als normal gelten 5.000 bis 10.000 Leukozyten in einem Mikroliter Blut. Chemo- und Strahlentherapie sollten pausieren, bis die Leukozyten im Blut des Patienten den Mindestwert wieder erreichen.



Sobald die Leukozyten eine Konzentration von ungefähr 3.000 pro Mikroliter Blut haben, setzt der Arzt die Therapie fort.

Anhand bestimmter Entscheidungskriterien kann der Arzt die Gabe von speziellen Wachstumsfaktoren verordnen, die zur Gruppe der Zytokine gehören. Sie beschleunigen die Bildung der weißen Blutkörperchen im Knochenmark.

Unter Umständen kann eine Chemotherapie auch Blutarmut hervorrufen. Das erkennt der Arzt am Blutbild. Blutarmut wird auch Anämie genannt und verursacht Müdigkeit und Schwäche. Die Ursachen müssen genau abgeklärt werden. Die Behandlung sollte sich auf den Auslöser wie etwa Eisen- oder Vitaminmangel konzentrieren. So kommt bei nachgewiesenem Eisenmangel die Einnahme von Eisenpräparaten infrage. Liegt ein Mangel

an Vitamin B12 oder Folsäure vor, so ist die entsprechende Gabe sinnvoll.

## Fatigue

Unter Fatigue versteht man einen Komplex von Symptomen, die mit starker Müdigkeit und Erschöpfung beschrieben werden. Hinzu kommen Aktivitätsminderung, Verlust des Elans und körperliche Schwäche. Zusätzlich können psychische Veränderungen auftreten: Traurigkeit, Angst und Anspannung, verminderte Aufmerksamkeit und Konzentrationsschwächen, Interessenverlust und sozialer Rückzug. Vermutlich leiden mehr als 50 Prozent aller Krebspatienten unter dem Fatigue-Syndrom. Neben der Chemotherapie ist auch die Bestrahlung ein Faktor, der Fatigue auslösen kann.

Manche Symptome sind durch ausreichenden Schlaf, intensives Ausruhen, Spaziergänge oder Entspannungsübungen zu lindern. Aber das führt nicht immer zu einem besseren Gefühl in Körper und Psyche. Hier kann die supportive Medizin helfen.

Ob (in seltenen Fällen) eine Bluttransfusion (Konzentrat roter Blutkörperchen) nötig ist, machen die behandelnden Ärzte von den Befunden und Beschwerden des Patienten abhängig. Es können spezielle Wachstumsfaktoren verabreicht werden: Erythropoetin regt im Knochenmark die Bildung roter Blutkörperchen an. Der Arzt wird die Therapie so steuern, dass der Hämoglobinwert (Hämoglobin ist der rote Blutfarbstoff) 11 bis 12 g/L nicht überschreitet.

## Verdauungsprobleme

Chemotherapien können sowohl Durchfälle auslösen als auch zu hartnäckiger Verstopfung führen. Weil die Zytostatika nicht nur die Krebszellen, sondern auch die sich schnell teilenden Zellen des Magen-Darm-Trakts schädigen, kann es zu Durchfällen kommen. Aber auch

das Gegenteil wird berichtet. Viel Brustkrebspatienten klagen über anhaltende Verstopfung nach den Chemotherapie-Infusionen. Bei beiden Symptomen ist der Arzt gefragt und kann die entsprechenden Medikamente verschreiben. Auch in der Apotheke gibt es neben Beratung lindernde Mittel. Ernährungsempfehlungen können die medikamentöse Therapie unterstützen.

### Was hilft bei Durchfällen?

- ✚ Ausreichende Flüssigkeitszufuhr – Mineralwasser, schwarzer Tee und klare Brühe.
- ✚ häufiger Lebensmittel wie Weißmehlprodukte, Bananen, geriebene Äpfel, Apfelmus, Haferschleim, Reis, Nudeln, Kartoffeln in den Speiseplan einbauen.
- ✚ Verdauungsfördernde Lebensmittel wie beispielsweise Vollkornprodukte, Nüsse, gebratene fettreiche Nahrung, eingelegte und rohe Speisen, Kaffee, Alkohol sowie starke Gewürze sollten reduziert oder vermieden werden.

### Was hilft bei Verstopfung?

- ✚ Eine ballaststoffreiche und motilitätsfördernde Kost.
- ✚ Vollkornprodukte, Kleie, frisches Obst und Gemüse, Trockenpflaumen, Pflaumensaft bevorzugen.
- ✚ Lebensmittel wie Käse und Weißmehlprodukte meiden.
- ✚ Moderate körperliche Bewegung sowie ausreichend Flüssigkeit sind ebenfalls wichtig.

Generell gilt, dass sich Krebspatienten mit den beschriebenen Beschwerden auch an ihre Apotheker wenden können. Die kennen die Nebenwirkungen von Strahlen- und Chemotherapien und können beraten, informieren und empfehlen. ✚



# 7

## *Umgang mit der Diagnose Brustkrebs*




# Körperbild und Körpergefühl des Mannes

Für viele Männer, die an Brustkrebs erkranken, ist der Einschnitt eine starke Verletzung des Körpergefühls. Die meisten fühlen sich vor der Erkrankung wohl und stark in ihrem Körper. In einem Zeitungsartikel aus der Freien Presse (Mittelsachsen) wird ein Patient zitiert: „Ich war in meinem gesamten Berufsleben vielleicht einen Monat krank. Arztbesuche oder gar Krankenhaus waren für mich Fremdwörter.“ Ein anderes Zitat eines männlichen Brustkrebspatienten geht in die gleiche Richtung: „Hoffentlich kommt mein Elan wieder. Ich fühle mich wie ein Auto, das nur noch auf zwei Zylindern läuft.“

Die Behandlung mit Antihormonen verursacht oft die gleichen Nebenwirkungen wie die Wechseljahre bei der Frau: Schweißausbrüche, Gefühlsschwankungen, Nachlassen der sexuellen Lust. Nehmen Männer auch noch GnRH-Analoga, die den Testosteronspiegel im Blut künstlich absenken, dann hat das erhebliche Auswirkungen auf Libido und Potenz. Wie zentral dieses Gefühl ist, und wie sehr Männer an der Wiederherstellung ihres gesunden und leistungsfähigen Körpers interessiert sind, zeigen die Erfahrungsberichte aus dem Netzwerk Männer mit Brustkrebs. Die Krankheit hinterlässt beim Mann sichtbare Spuren und Spuren, die sich in Kopf und Bauch manifestieren. Peter Jurmeister, der nach einem Rezidiv (örtlicher Rückfall) auch bestrahlt wurde, fasst seine Situation zusammen: „Was jetzt noch bleibt, ist eine lange Operationsnarbe, eine fehlende rechte Brustwarze, eine „kahle“ rechte Brusthälfte... und die Angst vor Rezidiven und Metastasen.“

## Selbsthilfe, Beratung, Unterstützung

Peter Jurmeister hat sich intensiv mit allen wissenschaftlichen, klinischen, sozialen und emotionalen Fragen des Brustkrebses bei Männern befasst. 2010 hat er zusammen mit zwölf weiteren Männern unter dem Dach der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ ein Netzwerk für betroffene Männer gegründet. Brustkrebs bei Männern ist äußerst selten. Dass Männer sich über ihre Krankheit zu einer Gruppe zusammenschließen, ist noch seltener. Im August 2014 wurde dann das Netzwerk in einen rechtlich selbständigen eingetragenen, gemeinnützigen Verein überführt. Dieser Verein „Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.“, der von 19 Mitgliedern der ehemaligen informellen Gruppe gegründet wurde, hat inzwischen mehr als 60 Mitglieder. Geblieben ist die Einbindung unter dem Dach der Frauenselbsthilfe nach Krebs, denn hier findet das Netzwerk eine breite Unterstützung wenn es um allgemeine Problemstellungen bei der Erkrankung oder um gesundheitspolitische oder organisatorische Fragen geht.

Auf der Homepage des Netzwerkes [www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de) können sich betroffene Männer informieren, wie sie Kontakt zum Netzwerk aufnehmen können und was der Verein bietet, um betroffenen Männern Hilfestellung bei der Bewältigung der Erkrankung zu geben. Die Ansprechpartner des Netzwerkes, die auf der Homepage veröffentlicht sind, haben inzwischen weit mehr als 200 Männern Hilfestellung geben können, denn das Unterstützungsangebot ist unabhängig von einer Mitgliedschaft im Verein. 

# Netzwerk Männer mit Brustkrebs e. V.

## Information, Beratung, Austausch

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung in Deutschland. Entsprechend ist die Patientenversorgung in Deutschland für betroffene Frauen auf einem sehr hohen Niveau. An etwa 250 zertifizierten Brustzentren werden ganz speziell Patientinnen mit dieser Erkrankung behandelt. Mit dem Mammographiescreening wurde ein umfangreiches Früherkennungsprogramm etabliert. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen den bei ihnen versicherten Frauen mit Brustkrebs ein spezielles strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease Management Programm) zur Verfügung. An vielen Brustzentren wird mit den „Breast Care Nurses“ speziell fortgebildetes Personal den erkrankten Frauen zur Seite gestellt. Zahlreiche Selbsthilfeorganisationen und Patientenvereinigungen organisieren Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen und Aufklärungskampagnen für Patientinnen mit dieser Diagnose.

Dabei tritt allerdings in den Hintergrund, dass diese Erkrankung, wenn auch in seltenen Fällen, auch Männer betreffen kann. Entsprechend stellt sich die Versorgungs- und Betreuungssituation für Männer völlig anders dar. Männer müssen sich zur Behandlung ebenfalls in die Brustzentren begeben. Da sich in Deutschland keines dieser Zentren auch auf das männliche Mammakarzinom spezialisiert hat, hat keine Frauenklinik eine relevante männliche Patientenzahl. So sind die Abläufe und die Infrastruktur weitestgehend auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmt. Es wird immer darauf hingewiesen, dass an Brustzentren die

Entscheidungen multidisziplinär getroffen werden – ein Androloge wird an den Überlegungen zur Therapie der Männer mit Brustkrebs aber in der Regel nicht beteiligt.

Es gibt praktisch keine Aufklärungsinitiativen durch Institutionen im Gesundheitswesen. Auch Krankenkassen behandeln dieses Thema nur sehr selten – von Früherkennungsprogrammen ganz zu schweigen. Das DMP steht männlichen Patienten nicht zur Verfügung. Während Breast Care Nurses speziell auf die Probleme der Frauen eingehen, steht an den Brustzentren kein Fachpersonal zur Verfügung, das Erfahrung mit den spezifischen Problemen der männlichen Patienten hat. Selbst in der Nachsorge besteht für Männer ein erhebliches Defizit: viele niedergelassene Gynäkologen lehnen die Behandlung von Männer ab, weil sie Probleme mit der Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen haben. Auch Selbsthilfegruppen für Brustkrebs stehen männlichen Patienten in der Regel nicht offen, da die Problematik bei Frauen anders gelagert ist.

Neben dieser deutlich schlechteren Versorgungs- und Betreuungssituation gibt es für Männer mit Brustkrebs noch ein weiteres Problem: Da diese Erkrankung in der Öffentlichkeit als „Frauenkrankheit“ angesehen wird, stoßen sie mit dieser Diagnose in ihrem Umfeld auf weitgehendes Unverständnis. Neben der Frage „Was, das gibt's bei Männern auch?“ ist die Feststellung „Das ist bei Männern ja nicht so schlimm“ eine häufige Aussage die Männern begegnet. Dabei wird völlig außer Acht

gelassen, dass die potenzielle Lebensbedrohung und die systemischen Behandlungen wie Chemo- und Antihormontherapie gleich starke Belastungen darstellen wie bei Frauen. Es gibt auch Männer, die sich scheuen, sich mit dieser vermeintlichen Frauenkrankheit zu „outen“.

In dieser Situation kommt der Selbsthilfe einer besonderen Bedeutung zu, da sie bestehende Versorgungs- und Betreuungsdefizite zumindest teilweise auffangen kann. Wie bei allen seltenen Erkrankungen ist dabei ganz besonders wichtig, den Betroffenen das Gefühl zu nehmen, dass sie mit einer „Ausnahmerekkrankung“ im Gesundheitswesen allein gelassen werden.

## Die Gründungsphase des Netzwerkes

Im Jahr 2009 hat die Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V. (FSH) diese Gesamtproblematik erkannt und einen Aufruf zur Bildung eines Patientennetzwerkes für Männer mit Brustkrebs gestartet. Mit Peter Jurmeister und Kuno Meyer konnten zwei Betroffene gewonnen werden, die zunächst als Ansprechpartner für weitere Erkrankte dienten. Auf der Bundestagung der FSH in Magdeburg im Jahr 2010 schlossen sich dann 13 Betroffene zu einem informellen Netzwerk zusammen.


In den folgenden Monaten entwickelten sie und weitere Männer, die zwischenzeitlich zum Netzwerk stießen, die weiteren organisatorischen und strukturellen Grundlagen für ein bundesweites Selbsthilfeangebot. So wurden unter anderem Informations-Flyer gedruckt und eine Internetseite mit Inhalten gefüllt ([www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de)). Das Netzwerk bietet seitdem Betroffenen aus dem gesamten Bundesgebiet Informationen zum männlichen Brustkrebs und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch.

Schwerpunkt des Angebotes wurden halbjährliche bundesweite Tagungen, die mit Hilfe der FSH organisiert und von der Deutschen Krebshilfe finanziell gefördert werden. Dabei nehmen Informationen durch Ärzte und Fragerunden

zu der Krankheit einen breiten Raum ein. Auch die organisatorische Weiterentwicklung und Initiativen des Netzwerkes werden mit den Teilnehmern diskutiert. Der persönliche Erfahrungsaustausch und das gegenseitige Kennenlernen sind allerdings die zentralen Anliegen dieser Treffen. Daneben hat sich aber auch ein reger individueller Austausch der Netzwerkmitglieder via Telefon oder E-Mail entwickelt.

## 2014: Das Netzwerk wird rechtsfähig

Bei seltenen Erkrankungen fehlen allerdings die häufigen regelmäßigen Treffen wie bei örtlichen Gruppen, die zu einem Zusammenhalt der Mitglieder und einem stabilen Fortbestand der Gruppe beitragen. So hielten viele Männer nach Überwindung der akuten Erkrankungsphase die Verbindung zu dem Netzwerk nicht weiter aufrecht. Aus diesem Grund entschloss sich die Netzwerkleitung, durch die Gründung eines eigenen eingetragenen Vereins und den dadurch möglichen Erwerb von formellen Mitgliedschaften der Gruppe einen zusätzlichen Zusammenhalt zu geben. Durch die Beteiligung an den Aktivitäten und Entscheidungen im Verein wird die Solidarität der Betroffenen über die Akutphase hinaus gefördert und eine stabile Basis für einen Erfahrungsaustausch zwischen neu Erkrankten und Langzeitbetroffene geschaffen.

Im August 2014 beschlossen daher 19 Männer des Netzwerkes die Gründung eines Vereins, der nunmehr als „Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.“ in das Vereinsregister Pforzheim eingetragen ist. Inzwischen hat das Netzwerk mehr als 60 Mitglieder (Stand März 2015). 

## Autor

**Peter Jurmeister**

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.

E-Mail: [p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net](mailto:p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net)

[www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de)



# Klinik Bad Oexen

## Neues Rehabilitationskonzept für Männer mit Brustkrebs

Die Klinik Bad Oexen ist eine Rehabilitationsklinik in Bad Oeynhausen (NRW), in der jährlich rund 5.000 Patienten mit der Erkrankung Krebs rehabilitiert werden. Ein Schwerpunkt in dieser seit 1957 bestehenden Fachklinik ist die Therapie von Brustkrebs. Allerdings ist der größte Anteil der Patienten weiblich und nur selten nutzen vereinzelt Männer mit Brustkrebs dieses Angebot.

In Deutschland erkranken jährlich etwa 70.000 Frauen und nur 400 bis 600 Männer an Brustkrebs. Angesichts dieser niedrigen Betroffenzahl, kommen sich diese Männer in der Regel sehr verloren unter den vielen weiblichen Mitpatienten vor, die das gleiche Krankheitsbild haben. Nicht selten stellt sich während der Akutbehandlung die Frage, ob der betroffene Patient in der chirurgischen oder aber in der gynäkologischen Abteilung aufgenommen und behandelt wird.

Bereits seit einigen Jahren gibt es für die weiblichen Patientinnen in der Klinik Bad Oexen ein speziell auf diese Erkrankung zugeschnittenes Schulungs- und Behandlungskonzept. Dieses beinhaltet gezielte Beratungen für alle Problematiken, die eine Therapie nach einer Brustkrebsbehandlung mit sich bringt. So arbeiten in der Klinik Bad Oexen zwei speziell ausgebildete Breast Care Nurses, die diese Patientinnen während des gesamten Aufenthaltes betreuen.

Seit 2014 bietet die Klinik Bad Oexen nun auch ein speziell auf den Mann mit Brustkrebs zugeschnittenes Therapie- und Beratungskonzept an. Es gibt nur wenig wissenschaftlich fundierte Patientinformationen und

noch weniger Möglichkeiten, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen. Dies führt dazu, dass sich ein Mann auf Grund der Seltenheit der Erkrankung und im Rahmen der Behandlung und Rehabilitation oft sehr verloren vorkommt, da die meisten betroffenen Mitpatienten Frauen sind. Man spricht daher oft auch von Identitätsproblemen. „Der Tag der Diagnose ‚Brustkrebs‘ hat mein gesamtes Leben verändert. Nicht nur das Wort Krebs hat in mir Todesängste ausgelöst, dann auch noch das Wort BRUSTKREBS. Ein Mann mit der Diagnose einer typischen Frauenerkrankung!“, schreibt Herr R., ein ehemaliger Patient aus der Klinik Bad Oexen, in einem Erfahrungsbericht. „Während der ganzen akuten Therapie war ich nur von Frauen umgeben, ich fühlte mich oft sehr komisch und unverstanden, denn ein Mann in einem Brustzentrum oder bei einem Frauenarzt sieht man als Patient ja nicht so häufig.“

Diese Umstände wurden in der Klinik Bad Oexen erkannt, so dass dort nun die Möglichkeit für Männer mit Brustkrebs besteht, als feste Gruppe anzureisen. Diese Männer können sich untereinander austauschen und gemeinsam die Erkrankung besser bewältigen. Das in der Klinik verfügbare und strukturierte Angebot der psychologischen Unterstützung in der Gruppe oder in Einzelgesprächen wirkt sich sehr positiv auf die Krankheitsverarbeitung aus. „Bereits am Anreisetag konnte ich mit vier anderen Männern, die die gleiche Diagnose hatten wie ich, zu Mittag essen und sofort fanden sehr nette Gespräche untereinander statt. Man verstand sich gegenseitig und fühlte sich unter den vielen Frauen mit Brustkrebs nicht mehr so fehl am Platz“, erinnert sich




Herr R. Die jeweiligen Gruppenreiseterminen können von der Homepage der Klinik Bad Oexen entnommen oder bei den Leistungsträgern erfragt werden.

Auf Grund des derzeit fast einzigartigen Behandlungskonzeptes verzeichnet die Klinik Bad Oexen Anfragen hinsichtlich der rehabilitativen Behandlung aus ganz Deutschland.

Des Weiteren wird ein umfangreicher Vortrag nur für diese Gruppe angeboten, in dem es um die Erklärung und Bewältigung dieser Erkrankung geht. Jeder Patient wird zu einem Einzelgespräch bei den Breast Care Nurses eingeladen, da diese sich gezielt auf die Problematiken des Mannes mit Brustkrebs spezialisiert haben. Ein Seminar zur Selbstabstastung der Brust wird der reinen Männergruppe ebenfalls angeboten. Weiter gehören zum Standardprogramm Sport- und Freizeitangebote, Ernährungsschulungen, Informationen und Betreuung vom Sozialdienst.

Außerdem legt die Klinik Bad Oexen Wert auf die Beratung und Unterstützung der Angehörigen des betroffenen Mannes, daher ist es möglich, dass diese in das Therapie- und Behandlungskonzept mit eingebunden werden. Auch die Möglichkeit eines Einzelgesprächs mit einem Therapeuten besteht.

Darüber hinaus erhält die Gruppe einen Informationsvortrag durch einen Facharzt/-ärztin und wird darüber hinaus durch ein ehemals betroffenes Mitglied des Netzwerks „Männer mit Brustkrebs“ über das Thema Selbsthilfe informiert. Dieses seit 2010 bestehende Netzwerk, arbeitet eng mit der Klinik zusammen. „Durch

das Netzwerk „Männer mit Brustkrebs“ bin ich auf die Klinik Bad Oexen aufmerksam geworden. Die Möglichkeit, in einer Gruppe mit mehreren betroffenen Männern dort zu sein, machte mich neugierig und brachte mich dann doch zu dem Entschluss die dreiwöchige Rehabilitationsmaßnahme anzutreten“, erzählt Herr R. „Ich habe es nicht bereut. Das Personal kennt sich gut aus und konnte mir auch bei der Lymphödemproblematik sehr helfen. Unsere Kleingruppe wurde durch viele informative Vorträge geschult und es fand ein interessantes Abtastungsseminar der Brust statt. Ich konnte die Erfahrung machen, dass man sich wirklich mit dem Thema Männer mit Brustkrebs auseinander gesetzt hatte und dass es ein eigenes, auf den Mann zugeschnittenes, Behandlungskonzept gibt. Nach dieser Zeit fühlte ich mich für Zuhause und auch für meinen Arbeitsplatz gestärkt. Ich sehe mich heute nicht mehr als einen Mann mit einer Frauenerkrankung, sondern als einen Mann mit einer therapierten Brustkrebsdiagnose.“ 

#### Klinik Bad Oexen

Fachklinik für onkologische Rehabilitation und Anschlussrehabilitation

Oexen 27

32549 Bad Oeynhausen

Telefon: +49 5731 537-0

Telefax: +49 5731 537-736

E-Mail: [info@badoexen.de](mailto:info@badoexen.de)

<http://www.bad-oexen.de/neu/index.php/diagnosen/seltene-tumorerkrankungen/brustkrebs-bei-maennern>





8

***Brustkrebsstudien***

# Medizinische Studien

## Die Basis wissenschaftlichen Fortschritts

Studien sind die Basis wissenschaftlichen Fortschritts. Für ihre Durchführung werden freiwillige Patienten benötigt, die an den Studien teilnehmen. Prinzipiell erachten viele Betroffene die Teilnahme an Studien als Vorteil, weil sie nach neuesten medizinischen Erkenntnissen und mit neuen Wirkstoffen behandelt werden. Speziell für Männer mit Brustkrebs stellen sich jedoch zunächst folgende Fragen: Werden Männer überhaupt in Studien aufgenommen? Werden sie als separate Subgruppe behandelt, um zielgruppenspezifische Informationen zu erhalten? Gibt es Studien speziell für Männer mit Brustkrebs? Mamma Mia! sprach mit Professor Dr. Ulrike Nitz von der Westdeutschen Studiengruppe, einer Forschungseinrichtung, die Studien bei Mammakarzinom entwirft und durchführt.

**Mamma Mia!:** Frau Prof. Nitz, Sie leiten seit 1994 die Westdeutsche Studiengruppe, die sich mit Brustkrebsstudien befasst. Wie sieht Ihre Tätigkeit konkret aus?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Studiendurchführung ist heutzutage Teamwork. Man muss damit rechnen, dass vom Design einer Studie bis zum Abschluss einer Studie mehrere Jahre, manchmal Jahrzehnte vergehen können. Wir sind eine kleine Gruppe von engagierten Wissenschaftlern, die Fragestellungen der personalisierten Medizin, insbesondere solche der Überbehandlung mit Chemotherapie aufgreift und in Studienkonzepte umsetzt. Die Studienkonzepte werden in einem Protokoll niedergelegt.

Früh wird die Kooperation mit einer clinical research organisation (CRO) vereinbart, in unserem Falle der Palleos

GmbH, die unsere Projekte kennt und die korrekte Durchführung der Studie und die Erhebung der Daten betreut. Die Anzahl der Studienteilnehmer berechnen die Kliniker gemeinsam mit dem Statistiker. In die Berechnungen fließen insbesondere die zu erwartenden Unterschiede zwischen den Studienarmen und die erwarteten Heilungsraten mit ein. Sind die Unterschiede klein, können sie manchmal nur durch Untersuchung an vielen tausenden Patientinnen detektiert werden. Besonders wichtig für die genaue Erhebung der Daten ist die Gestaltung des zumeist elektronischen Dokumentationsbogens, für den die Mediziner, die Datenmanager und die Statistiker verantwortlich sind. In Kooperation mit Palleos wird dann ein Gesamtprotokoll erstellt und der entsprechenden Ethikkommission und den zuständigen Bundesbehörden vorgelegt. Besondere Bedeutung kommt hier den Patientinneninformationen, der Patientinnensicherheit und der Versicherung zu. Während unserer jährlichen Kooperationspartnertreffen und auch durch unseren regelmäßigen Newsletter machen wir unsere kooperierenden Prüfzentren – zumeist große Brustzentren verteilt über die ganze Bundesrepublik – mit unseren neuen Studien bekannt. Finden wir hier das entsprechende Interesse, werden Prüfarztverträge abgeschlossen und die Patientinnen protokollgemäß in den Kliniken behandelt. Der Behandlungsverlauf und die Ergebnisse und auch die Fälle werden in den entsprechenden elektronischen Dokumentationsbögen niedergelegt und von dem CRO überwacht.

Sind die im Protokoll definierten Ziele erreicht, erfolgt die Auswertung und danach die Publikation unter Einbeziehung des gesamten wissenschaftlichen Teams und

der Prüfzentren. So kommt es dann, dass Sie als Endprodukt einer beispielsweise 10-jährigen Studie einen 3.000 Wörter umfassenden Artikel in einem internationalen Journal lesen können.

Der verantwortungsvolle Umgang mit den erhobenen Daten beinhaltet auch die nationale und internationale Kooperation mit Austausch von Daten für Metaanalysen oder von Tumormaterial zu Forschungszwecken. Diese vielen mühsamen kleinen Schritte, die von vielen hundert Wissenschaftlern gemeinsam mit mehreren hunderttausend Betroffenen getan wurden, haben in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass Brustkrebs eine der besterforschten Krebserkrankungen ist und wir die Heilungsraten kontinuierlich steigern konnten.

**Mamma Mia!:** Medizinische Studien erfordern meist sehr viele Teilnehmer, um so genannte evidenzbasierte, also verlässliche Aussagen treffen zu können. Wie viele Studienteilnehmer beziehen Sie in Ihre Studien ungefähr ein?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Unsere aktuell laufende ADAPT Studie, die sowohl neue Behandlungsstrategien als auch neue Medikamente prüft, hat eine Zielzahl von etwa 5.000 Studienteilnehmerinnen.

**Mamma Mia!:** Das klingt nach enormen Kosten... Wer finanziert die Studien?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Die meisten Studien werden heutzutage mischfinanziert. Zuständig sind hier die entsprechenden Bundeseinrichtungen, die Krebshilfe, die Kostenträger sowie die Pharmaindustrie.

Letztere unterstützt viel, wenn neue Medikamente geprüft werden. Die Mittelakquise für Strategieforschung, wie zum Beispiel die WSG sie betreibt, ist ungleich schwieriger. Für ADAPT konnten wir erstmals die Unterstützung durch den Kostenträger hier die AOK Rheinland-Hamburg gewinnen.





**Mamma Mia!:** Bei seltenen Erkrankungen, wie beispielsweise Brustkrebs bei Männern, sind diese Zahlen kaum zu erreichen. Werden dann auch aus kleineren Studien Empfehlungen definiert? Oder gibt es Subgruppenanalysen?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Der männliche Brustkrebs ist insgesamt sehr selten, so dass es hier keine vernünftigen Daten aus Studien gibt. Häufig wird das Wissen, welches wir bei weiblichem Brustkrebs erworben haben, auf die Behandlung der männlichen Brustkrebserkrankungen übertragen.

Eine Metaanalyse aus Studiendaten und Registerdaten hat jedoch 2014 erstmalig gezeigt, dass männlicher Brustkrebs gegebenenfalls eine andere Biologie hat als der weibliche.

Studien bei männlichem Brustkrebs sind in der Tat Sache der Solidargemeinschaft, nicht der Pharmaindustrie. Hier bedarf es eines internationalen kooperativen Projektes, um die notwendigen Fallzahlen zu generieren.

Die meisten Studiengruppen in Europa sind in der Breast International Group organisiert, die die Durchführung solcher Studien übernehmen.

**Mamma Mia!:** Seltene Erkrankungen sind meist wenig lukrativ für Firmen, die Studien finanzieren. Gibt es andere Finanzierungsmöglichkeiten?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Ja, es gibt Bundesmittel, die Solidargemeinschaft und zahlreiche Stiftungen... Allerdings bleibt die Durchführung solcher Studien heutzutage mehr oder minder ein Abenteuer, was wirklichen Enthusiasmus von Seiten der Studiengruppen erfordert. Tatsächlich fehlt es an Strukturen, die solche Studien, die ja im allgemeinen Interesse sind, fördern würden.


**Mamma Mia!:** Inwiefern findet gerade bei seltenen Erkrankungen eine länderübergreifende Kooperation statt?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Solche Fragestellungen sind wegen der kleinen Fallzahlen nur in länderübergreifenden Strukturen möglich. Dafür pflegen wir unsere internationalen Kongresse und übergreifende Strukturen, wie die EORTC oder beim Brustkrebs die Breast International Group.

**Mamma Mia!:** Zurzeit läuft eine Studie der „European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)“, die sich mit Brustkrebs beim Mann befasst. Zahlreiche Zentren in Europa und Nordamerika beteiligen sich daran, Deutschland nicht. Gibt es dafür einen bestimmten Grund?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Die Zentren in Deutschland nehmen an einer Studie der German Breast Group teil, die die wichtige Fragestellung der Antihormonbehandlung von männlichem Brustkrebs überprüft.

**Mamma Mia!:** Die Datenlage für Männer mit Brustkrebs ist mehr als spärlich. Sind in naher Zukunft weitere Studien mit Männern geplant?

**Prof. Dr. Ulrike Nitz:** Es wäre toll, wenn wir in Deutschland die oben genannte Studie der GBG rekrutieren könnten. An der Sporthochschule in Köln findet eine weitere Studie, die die Auswirkung regelmäßiger körperlicher Betätigung überprüft, statt. 

## Kontakt

**Prof. Dr. Ulrike Nitz**  
Westdeutsche Studiengruppe WSG  
Ludwig-Weber-Straße 15b  
41061 Mönchengladbach  
Tel.: +49 2161 56623-10  
Fax: +49 2161 56623-19  
E-Mail: [wsg@wsg-online.com](mailto:wsg@wsg-online.com)  
[www.wsg-online.com](http://www.wsg-online.com)





9

**Ausblick**

# Was ist die beste Behandlung für Männer mit Brustkrebs?

Die Seltenheit der Brustkrebskrankung bei Männern ist das größte Problem. Es fehlen Studien, Daten, Erfahrungen. „Mediziner der German Breast Group (GBG), eine Forschungseinrichtung, die Studien zu Brustkrebs plant und koordiniert, kritisieren, dass es an Untersuchungen mit Männern mangle. Deshalb sei die optimale Therapie unbekannt. Die Folge: Männer werden wie Frauen

behandelt“, so SPIEGEL online 2014. Ob die Gleichbehandlung allerdings der richtige Weg ist, kann niemand sagen. Hört man auf die betroffenen Männer, sind bei der antihormonellen Therapie große Zweifel angebracht. Man muss kein medizinischer Fachmann sein, um zu wissen, dass die Hormonhaushalte von Mann und Frau erhebliche Unterschiede aufweisen.



In der Therapie und Versorgung krebskranker Menschen spielen die klinischen Studien eine zentrale Rolle. So werden Operationsmethoden, Chemotherapien, Antikörpertherapien und mögliche weitere Optionen in großen Studien mit vielen Kranken an zahlreichen Kliniken beobachtet, miteinander verglichen und im Ergebnis immer wieder optimiert. Je größer die Zahl der beteiligten Patienten ist, umso stichhaltiger sind die Ergebnisse. Leider kann bei der medizinischen Versorgung brustkrebskranker Männer nicht mit solchen Sicherheiten gerechnet werden. Wie mehrfach aufgezeigt, ist die Datenlage aufgrund des seltenen Auftretens unbefriedigend. Die Experten stellen bei ihrem Meeting in den USA fest: „Die meisten Daten zum Brustkrebs beim Mann kommen aus kleinen Studien, die an einer einzigen Institution gemacht wurden. Und wegen dieses Datenmangels ist die optimale Behandlung von Brustkrebs beim Mann nicht bekannt“.

Ein im JCO (Journal of Clinical Oncology) dokumentiertes Expertenmeeting zieht das folgende Fazit: Leitlinien wären nötig und nützlich. Es muss noch viel gelernt werden über männlichen Brustkrebs. Dazu braucht es internationale Kooperationen – für den Austausch und die Planung von erfolgreichen klinischen Studien.

Peter Jurmeister kennt das Problem. Er will sich damit aber nicht abfinden. Die Männer mit Brustkrebs dürfen nicht abgekoppelt werden – so sein Wunsch. Auch sie brauchen gesicherte Behandlungspfade. Vielleicht muss man angesichts eines solchen Problems quer denken und andere Wege gehen. Sicher werden klinische Studien gebraucht, aber solche Studien angesichts der geringen Inzidenz zusammenzubringen ist schwer bis unmöglich. Sinnvoll wäre es, „Case-Studies“, also Fallstudien anzulegen, sie bundesweit an einem Brustzentrum zu sammeln und auszuwerten. Die Beobachtungen an erkrankten Männern, die Erfahrungen mit der bei ihnen angewandten Therapien, die Ergebnisse der Behandlung könnten dazu beitragen, dass die Therapieoptionen besser wer-

den. Was hat gut funktioniert? Wo gab es Probleme? Wie sind die Behandler damit fertig geworden? Welche innovativen Lösungen wurden gefunden?

Wichtig wäre die zentrale Erfassung umfangreicher Daten zur Anamnese, Diagnostik, Pathologie, Therapie und Verlauf der Erkrankung. Diese Daten sollten Grundlage für die Entwicklung von Therapiekonzepten sein, die speziell auf den Mann zugeschnitten sein könnten. Außerdem ließen sich aus der Kenntnis des „Ist-Zustandes“ die Grundpfeiler für sinnvolle klinische Studien ableiten. [🔗](#)

# Leitlinien und Studienlage

## Dringender Bedarf an weiterführender Forschung

Im Allgemeinen wird der Brustkrebs beim Mann in Anlehnung an die Therapieoptionen bei Frauen behandelt. Da es aber nur wenige belastbare Studien gibt, ob beziehungsweise inwieweit sich die Behandlungen auf männliche Patienten übertragen lassen, sind medizinische Leitlinien in den Aussagen über die Behandlungsoptionen sehr zurückhaltend.

In Deutschland gibt es drei Leitlinien, die Aussagen zur Behandlung des männlichen Brustkrebses machen:

1. Die „Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der AWMF in der Langversion.

Hier beschränkt sich die Aussage auf drei allgemein gehaltene Sätze: „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms des Mannes wurden nicht gesondert in diese Leitlinie aufgenommen. Insgesamt wird das Mammakarzinom des Mannes wie das der Frau diagnostiziert und therapiert. Abweichungen in einzelnen Punkten müssen von den Experten bei jedem Patienten neu entschieden werden.“

Es werden keine weiteren Aussagen getroffen, in welchen Behandlungsschritten hier gegebenenfalls Abweichungen notwendig sind.

2. Die Leitlinie „Diagnostik und Therapie primärer und metastasierter Mammakarzinome“ der AGO (Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.)

Hier wird in dem Abschnitt „Spezielle Situationen“ auf zwei Schaubildern Diagnose und Therapie, des Mammakarzinom des Mannes mit Empfehlungs- und Evidenzgraden (Level of Evidence) beurteilt. Dabei ist auffällig, dass viele Behandlungsoptionen, mit einem

Level of Evidence von 4 oder sogar 5, dem schlechtesten Evidenzgrad, bewertet sind. Dies spiegelt die unzureichende Studienlage wieder. Als systemische Behandlungsoptionen für die adjuvante Situation sind nur Chemotherapie und Tamoxifen positiv bewertet.

3. Leitlinie „Mammakarzinom des Mannes“ der DGHO (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.)

Auch hier wird einleitend betont, dass die meisten Erfahrungen in Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms bei Frauen gesammelt und auf die Situation der Männer übertragen wurden. Weiter heißt es, Zitat: „Es gibt aber relevante Unterschiede im biologischen Verhalten, die bei der Betreuung von Patienten mit virilem Mammakarzinom zu berücksichtigen sind.“

Dementsprechend sind die Empfehlungen immer wieder mit einschränkenden Formulierungen versehen. Hier einige Beispiele:

- ✂ Operation des Wächterlymphknoten: „Retrospektive Studien deuten darauf hin...“
- ✂ Strahlentherapie: „Separate prospektive Studien ... bei Männern gibt es nicht.“
- ✂ Tamoxifen: „... hat sich als endokrine Standardtherapie durchgesetzt, obwohl es keine prospektiv randomisierte Studie im Vergleich zu ... gibt“
- ✂ Chemotherapie: „Die einzige prospektive Studie zu diesem Thema wurde mit CMF durchgeführt.... Im Analogieschluss werden für die Indikation zur adjuvanten Chemotherapie dieselben Kriterien wie beim Mammakarzinom der Frau angewandt.“

✂ Her2 Therapie (Trastuzumab): „Daten über die Effektivität gezielter Therapie sind beim virilen Mammakarzinom auf Fallbeispiele aus der palliativen Situation beschränkt.“

Fast alle betroffenen Männer sind mit der Diagnose einer vermeintlichen „Frauenkrankheit“ zutiefst verunsichert, wenn bei ihnen die gleichen Behandlungsoptionen angewandt werden wie bei Frauen. Sie sind sich bewusst darüber, dass es sich um eine hormonabhängige Krankheit handelt. Gerade hier gibt es die wesentlichen Unterschiede zwischen dem männlichen und dem weiblichen Organismus. Daher können sie nicht nachvollziehen, dass die medikamentösen Therapien wie bei Frauen einfach übernommen werden. Der geringe Evidenzlevel beziehungsweise die vagen Aussagen der Leitlinien ver-

stärken die Verunsicherung der männlichen Patienten zusätzlich.

Die besondere Problematik, die sich für die betroffenen Männer aus der unzureichenden Studienlage, ergibt zeigt sich insbesondere in der Behandlung der noch nicht metastasierten (adjuvanten) Situation. In diesem Stadium ist noch eine vollständige Heilung durch lokale und systemische Therapien möglich. Für Frauen gibt es zahlreiche Studien hoher Evidenz, die eine gesicherte Entscheidungsgrundlage bilden. Der männliche Patient steht dagegen oft vor der Entscheidung, belastende Behandlungen zu akzeptieren, ohne dass es aussagekräftige Studien gibt, ob diese zur endgültigen Heilung, einem längeren Rezidiv freien Überleben oder Gesamtüberleben beitragen.



Diese Unsicherheit bewegt nicht nur Betroffene, sondern wird auch von Experten geteilt. So schreibt Dr. Sharon Giordano vom M.D. Anderson Cancer Center, Houston, eine führende Expertin auf dem Gebiet des männlichen Brustkrebses in dem Beitrag „Male Breast Cancer: It’s Time for Evidence Instead of Extrapolation“: „Considerable uncertainty still exists as to the optimal management of breast cancer in men.“ (Es besteht noch immer eine beträchtlich Unsicherheit über die optimale Behandlung des männlichen Brustkrebses).

Darüber hinaus mehren sich mit den neuen Methoden der Genanalyse die Zeichen, dass es durchaus biologische Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Brustkrebs gibt. So konnten schwedische Forscher beim männlichen Brustkrebs Untergruppen identifizieren, die sich deutlich von den bekannten Untergruppen bei Frauen unterscheiden.

Da es sich beim männlichen Mammakarzinom um eine sehr seltene Erkrankung handelt, wird sich an den unzureichenden Erkenntnissen auch in Zukunft kaum etwas verändern. Pharmafirmen haben auf Grund der fehlenden Aussicht auf Amortisation in der Regel kein Interesse, hier Gelder zu investieren und auch staatliche Forschungseinrichtungen und das öffentliche Gesundheitswesen setzen verständlicherweise Prioritäten bei den häufigen Krankheiten.

Obwohl führende Experten darauf hinweisen, dass der männliche Brustkrebs als eine eigenständige, seltene Erkrankung behandelt werden müsste, ist dieser nicht als „Seltene Erkrankung“ (Orphan Disease) anerkannt. Orphanet, das europäische Referenz-Portal für Informationen über seltene Krankheiten, führt in seiner Datenbank den männlichen Brustkrebs nicht auf. Somit können besondere Förderprogramme und Erleichterungen, die es für Studien über seltene Erkrankungen gibt, nicht in Anspruch genommen werden.

Zudem ist es sehr schwierig, genügend Patienten für Studien zu rekrutieren. Einziger Ausweg wären multi-nationale Studien. Hoffnung gibt hier eine Studie der „European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC)“, an der sich zahlreiche Zentren in Europa und Nordamerika beteiligen. Der erste retrospektive Teil der Studie wurde 2014 abgeschlossen – weitere prospektive Teile sind geplant. Leider gibt es keine deutschen Zentren, die sich an dieser Studie beteiligen. [↗](#)

## Autor

**Peter Jurmeister**

Netzwerk Männer mit Brustkrebs e.V.

E-Mail: [p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net](mailto:p.jurmeister@brustkrebs-beim-mann.net)

[www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de)





# 10 *Anhang*



# Wichtige Adressen

## Fachverbände/Gesellschaften

### Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)

Die Kommission Mamma hat einen Patientenratgeber zu Leitlinien des Brustkrebses erstellt.

[www.ago-online.de](http://www.ago-online.de)

### Arbeitsgemeinschaft „Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin“ der Deutschen Krebsgesellschaft (ASORS)

[www.onkosupport.de](http://www.onkosupport.de)

### Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie (Dapo)

Leitlinie für die Psychosoziale Betreuung von Brustkrebsbetroffenen.

[www.dapo-ev.de/](http://www.dapo-ev.de/)

### Deutsche Fatigue Gesellschaft

[www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de](http://www.deutsche-fatigue-gesellschaft.de)

### Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Übersicht über plastische Chirurgen, die Erfahrung mit Brustrekonstruktion haben.

[www.dgpraec.de](http://www.dgpraec.de)

### Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.

Interdisziplinäre Fachgesellschaft für Brustserkrankungen, Übersicht über zertifizierte Brustzentren, Brustkrebs-Studien, Kontakte zu Brustkrebs-Experten. [www.senologie.org](http://www.senologie.org)

### Deutsche Krebsgesellschaft

Informationen und Kontakt zu Landesverbänden.

[www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

### Deutsche Krebshilfe

Kostenloses Informationsmaterial.

[www.krebshilfe.de](http://www.krebshilfe.de)

### Deutsche Osteonkologische Gesellschaft

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Ingo J. Diel.

[www.osteonkologie.org](http://www.osteonkologie.org)

### Gesellschaft für biologische Krebsabwehr

Informationen über komplementäre und alternative Krebstherapien.

[www.biokrebs.de](http://www.biokrebs.de)

### Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Information und Adressen der Screening-Zentren.

[www.mammo-programm.de/](http://www.mammo-programm.de/)

## Information/Aufklärung/Organisationen

### Allianz zu Organisationen gegen Brustkrebs e.V.

Brustkrebs-Patientinnen-Initiative mit regionalen Gruppen.

[www.allianz-gegen-brustkrebs.de](http://www.allianz-gegen-brustkrebs.de)

### Brustkrebs Deutschland e.V.

Ausführliche Informationen über Früherkennung, Behandlung von Brustkrebs, Nebenwirkungen und Nachsorge, aktuelle Kongressberichte in patientenverständlicher Sprache, kostenlose Ärzt hotline, kostenlose Telefonsprechstunde für Kinder und Familien, in denen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist.

[www.brustkrebsdeutschland.de](http://www.brustkrebsdeutschland.de)

### KOMEN Deutschland e.V.

Information und bundesweite Unterstützung von Brustkrebsprojekten, Charityveranstaltungen.

[www.komen.de/](http://www.komen.de/)

### Kompetenz gegen Brustkrebs

Gemeinnütziger Verein zur Förderung ganzheitlicher Medizin und Psychotherapie bei Brustkrebs e.V.

[www.kompetenz-gegen-brustkrebs.de](http://www.kompetenz-gegen-brustkrebs.de)

### Krebsinformationsdienst (KID)

Beratungsstelle am Deutschen Krebsforschungszentrum, bietet aktuelle Informationen rund um die Diagnose Krebs. Kostenfreies Beratungsangebot zu Brustkrebs täglich von 8:00 bis 20:00 Uhr.

Telefon: 0800 4203040

[www.krebsinformationsdienst.de](http://www.krebsinformationsdienst.de)

[www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs-mann/index.php](http://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs-mann/index.php)

### Mamazone e.V.

Brustkrebs-Patientinnen-Initiative mit regionalen Gruppen

[www.mamazone.de](http://www.mamazone.de)

### Stiftung PATH – Patients Tumor Bank of Hope

Postfach 750729, Schäfflarnstraße 62, 81337 München, Stiftungssitz: Augsburg

Telefon: +49 89 78067848

Telefax: +49 89 78067850

E-Mail: [info@stiftunghath.org](mailto:info@stiftunghath.org)

[www.stiftunghath.org](http://www.stiftunghath.org)

## Selbsthilfe und Beratung

### **BRCA-Netzwerk e.V.**

Information, Beratung und Hilfe bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs. Hier können sich Betroffene über die prophylaktische Brustentfernung und die Kostenübernahme der Krankenkassen informieren.

[www.brca-netzwerk.de](http://www.brca-netzwerk.de)

### **Brustkrebs-München e.V.**

Zusammenschluss von Betroffenen, Ärzten, Pflegepersonal und Interessierten.

Hotline: +49 89 60190923

E-Mail: [info@brustkrebs-muenchen.de](mailto:info@brustkrebs-muenchen.de)

[www.brustkrebs-muenchen.de](http://www.brustkrebs-muenchen.de)

### **Die Revierinitiative**

Beratung und Information bei Brustkrebs.

[www.die-revierinitiative.de](http://www.die-revierinitiative.de)

### **Frauenselbsthilfe nach Krebs Bundesverband e.V.**

Onlineberatung und regionale Gruppen.

Telefon: +49 228 33889-400

[www.frauenselbsthilfe.de](http://www.frauenselbsthilfe.de)

### **Lebensmut e.V.**

Orientierungshilfe und Informationen bei Brustkrebs.

[www.lebensmut.org](http://www.lebensmut.org)

### **Netzwerk Brustkrebs beim Mann**

Informationen rund um das Thema Brustkrebs beim Mann; Möglichkeit, Kontakt zu anderen Betroffenen aufzunehmen.

[www.brustkrebs-beim-mann.de](http://www.brustkrebs-beim-mann.de)

### **The Male Breast Cancer Coalition (amerikanische Patienteninitiative von Männern mit Brustkrebs)**

[malebreastcancercoalition.org](http://malebreastcancercoalition.org)

### **Zebra – Zentrum für Brustkrebsangelegenheiten und Brustgesundheit**

Kooperation mit dem Interdisziplinären Brustzentrum (IBC) in Düsseldorf, Patientinnenseminare und kostenfreie telefonische Beratung.

Telefon: +49 211 9293935

[www.senologiezentrum.de](http://www.senologiezentrum.de)

### **Brustkrebszentrale**

[www.brustkrebszentrale.de/brustkrebs/brustkrebs-beim-mann](http://www.brustkrebszentrale.de/brustkrebs/brustkrebs-beim-mann)

### **Frauenklinik Charité**

[http://frauenklinik.charite.de/behandlung/brustkrebs/brustkrebs\\_bei\\_maennern/](http://frauenklinik.charite.de/behandlung/brustkrebs/brustkrebs_bei_maennern/)

## Foren

### **Deutsches Medizinforum**

[www.medizin-forum.de](http://www.medizin-forum.de)

### **Krebs Kompass**

[www.krebs-kompass.org](http://www.krebs-kompass.org)

## Krebs im Internet

### **Brustkrebslexikon**

Umfassendes Glossar.

[www.brustkrebs-info.de](http://www.brustkrebs-info.de)

### **Der Krebskompass**

„Internetguide für Krebspatienten“.

[www.krebs-kompass.de](http://www.krebs-kompass.de)

### **Mamma *Mia!* Brustkrebs beim Mann**

[www.mammamia-online.de/brustkrebs-beim-mann](http://www.mammamia-online.de/brustkrebs-beim-mann)

### **John W. Nick Foundation (amerikanische Selbsthilfeinitiative für Männer mit Brustkrebs)**

[www.malebreastcancer.org](http://www.malebreastcancer.org)

## Soziale Netzwerke

### **BRCA-Netzwerk e.V. bei facebook**

[www.facebook.com/brcanetzwerk](http://www.facebook.com/brcanetzwerk)

### **krebsfamilie.de – Komme ich aus einer Krebsfamilie?**

[www.facebook.de/krebsfamilie](http://www.facebook.de/krebsfamilie)

### **Mamma *Mia!* Das Brustkrebsmagazin bei facebook**

[www.facebook.de/brustkrebsmagazin.mammamia](http://www.facebook.de/brustkrebsmagazin.mammamia)

### **Mamma *Mia!* Das Brustkrebsmagazin bei twitter**

[www.twitter.com/MammaMiaMagazin](http://www.twitter.com/MammaMiaMagazin)

## Krebs mit Kindern

### **Flüsterpost e.V.**

[www.kinder-krebskranker-eltern.de](http://www.kinder-krebskranker-eltern.de)

### **Hilfe für Kinder krebskranker Eltern**

[www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de](http://www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de)

### **Sonnenstrahlen e.V.**

[www.sonnenstrahlen-online.de](http://www.sonnenstrahlen-online.de)

# Literatur

**Korde, Larissa, Zujewski, Jo Ann et al:** Multidisciplinary Meeting on Male Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology, JCO, Volume 28 No 12, April 2010, page 2114 – 2121.

**Jockenhövel, Friedrich und Hendrik Lehnert:** Östrogene für den Mann – sinnvoll oder gefährlicher Unsinn? Deutsches Ärzteblatt 2004, 101(9)

**Förster, Frank:** Das Mammakarzinom des Mannes. Webseite der Poliklinik GmbH Chemnitz.

**Förster, Robert:** Das Mammakarzinom beim Mann im Regierungsbezirk Chemnitz 1995 – 2007. Dissertation an der Universität Bonn, 2011.

**Förster, Robert et al.:** Metastatic Male Breast Cancer: A Retrospective Cohort Analysis, Breast Care 2014; 9:267–271.

**Förster, Robert et al.:** Matched-pair analysis of patients with female and male breast cancer: a comparative analysis, [www.biomedcentral.com/1471-2407/11/335](http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/335).

**Eggemann, Holm:** Mammakarzinom des Mannes. Eine prospektive Registerstudie der Universitätsfrauenklinik Magdeburg in Zusammenarbeit mit den klinischen Krebsregistern zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms des Mannes, Version 1, 25.09.2008.

**Wesely, Stephanie:** „Auch die Männerbrust ist gefährdet“, Artikel in Freie Presse, Zeitung aus Mittelsachsen., 24.4.2012.

**Kempfen, Stefan:** Diagnose kommt häufig zu spät: Auch Männer können Brustkrebs bekommen. SPIEGEL online, 18.4.2014.

**Jurmeister, Peter:** Brustkrebs beim Mann. Mamazone Mag, Ausgabe 01, 2013.

**Wewetzer, Hartmut:** Krebs ist Pechsache. Tagesspiegel, 07.01.2015.

# Glossar

## A

**adjuvant** – die Wirkung zusätzlich unterstützend

**Amputation** – chirurgische Abtrennung eines Körperteils

**axillar** – zur Achselhöhle gehörend

## B

**Biopsie** – Entnahme von Gewebe mittels eines Instruments (z.B. Spezialkanüle, Zangeninstrument oder Skalpell zur weiteren mikroskopischen Untersuchung). Bezeichnung entweder nach der Entnahmetechnik (z.B. Nadelbiopsie) oder nach dem Entnahmeort (z.B. Schleimhautbiopsie).

## C

**Chemotherapie** – Behandlung mit chemischen Substanzen, die eine Wachstumshemmung von Tumorzellen im Organismus bewirken. Der Begriff steht meistens speziell für die zytostatische Chemotherapie, das heißt die Bekämpfung von Tumorzellen durch Verwendung zellteilungshemmender Medikamente (siehe auch Zytostatika).

## D

**Diagnostik** – Sammelbegriff für alle Untersuchungen, die zur Feststellung einer Krankheit und deren Benennung führen sollen.

**Disease-Management-Programm** – Disease (engl.) = Krankheit. Das DMP ist ein strukturierter Behandlungsablauf nach festgelegten Leitlinien und festgelegtem Zeitrahmen.

**Drüse** – Mehrzelliges Organ, das spezifische Wirkstoffe (Sekrete) bildet und diese nach außen (zum Beispiel in die Mundhöhle) oder nach innen direkt in die Blut- oder Lymphbahn abgibt (Hormondrüse wie zum Beispiel die Schilddrüse).

## E

**endokrine Therapie** – Hormontherapie

**epithelial** – zur obersten Zellschicht des Haut- und Schleimhautgewebes gehörend

## F

**Fernmetastase** – siehe Metastase

## G

**Gestagen Hormon** – des weiblichen Eierstocks, das der Vorbereitung und Erhaltung der Schwangerschaft dient (siehe auch Progesteron).

**Grading** – Beurteilung des Grades der Bösartigkeit von Tumoren nach Bewertungskriterien wie Ähnlichkeit der Tumorzellen mit Zellen des betroffenen Organs oder der Zellteilungsrate im Tumor (siehe auch TNM Klassifikation).

## H

**Histologie/histologisch** – Wissenschaft und Lehre vom Feinbau biologischer Gewebe. Die mikroskopische Betrachtung eines hauchfeinen und speziell angefertigten Gewebeschnitts erlaubt die Beurteilung, ob eine gutartige oder bösartige Gewebswucherung (Tumor) vorliegt, und liefert gegebenenfalls auch Hinweise auf den Entstehungsort des Tumors.

**Hormone** – Botenstoffe des Körpers, die in spezialisierten Zellen und Geweben hergestellt werden und über den Blutoder Lymphweg ihren Wirkungsort erreichen.

**Hormonrezeptoren** – Die Bestimmung von Hormonrezeptoren bei Brustkrebs ist bedeutsam für die unterstützende (adjuvante) oder lindernde (palliative) Therapieentscheidung. Man unterscheidet Östrogen- und Progesteronrezeptoren. Patientinnen vor Eintritt der Wechseljahre (Prämenopause) weisen zu etwa 50 bis 60 Prozent, Patientinnen nach Eintritt der Wechseljahre (Postmenopause) zu 70 bis 80 Prozent Östrogenrezeptoren auf. Diese so genannten rezeptorpositiven Fälle werden im Hinblick auf den Verlauf der Erkrankung (Prognose) günstiger eingeschätzt als die rezeptornegativen Tumoren. Bei den rezeptorpositiven Patientinnen haben außerdem hormontherapeutische (endokrine) Maßnahmen mehr Aussicht auf Erfolg.

**I**  
**infiltrieren** – eindringen, einsickern

**invasiv** – bei Eingriffen: in Organe oder Gewebe eindringend; bei Tumoren: in das umgebende Bindegewebe wuchernd, hineinwachsend

**K**  
**Kernspintomografie (NMR)** – Aufwändiges Untersuchungsverfahren mit einer hohen Bildinformation, das im Gegensatz zu Röntgentechniken mit Magnetfeldern arbeitet. Es wird häufig zur Untersuchung von Gehirn und Rückenmark angewendet und lässt auch krankhafte Veränderungen anderer Organsysteme erkennen. Ungeeignet für Menschen mit Herzschrittmachern, da durch das starke Magnetfeld Störungen auftreten können.

**Klassifizierung** – etwas in Klassen einteilen, einordnen

**Kurativ** – heilend, auf Heilung ausgerichtet

**L**  
**Lymphdrainage** – Entstauungsmaßnahme bei Schwellungen, die durch verzögerten Lymphabstrom verursacht werden. Dabei werden mit Hand und Finger leichte Streich- und Druckmassagen durchgeführt, die die Flüssigkeiten in andere Gebiete verteilen, wo sie besser abfließen können.

**Lymphknoten** – Die Lymphknoten sind an zahlreichen Stellen des Körpers (Lymphknotenstationen) Filter für das Gewebewasser (Lymphe) einer Körperregion. Die oft verwendete Bezeichnung Lymphdrüsen ist missverständlich, da die Lymphknoten keinerlei Drüsenfunktion besitzen. Die Lymphknoten stellen einen wichtigen Teil des Immunsystems dar. Lymphome, maligne bösartige Erkrankungen des lymphatischen Systems. Es handelt sich um verschiedenste Lymphkrebsarten, die ganz unterschiedliche biologische Eigenschaften besitzen und in zwei Hauptgruppen unterteilt werden: Morbus-Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphome.

**M**  
**Malignitätsgrad** – Bezeichnung des Schweregrades bösartiger Zellen

**Mammakarzinom** – Brustkrebs

**Mammografie** – Darstellung der Brustdrüse mittels Röntgenuntersuchung

**manuell** – mit der Hand

**Mastektomie** – Brustamputation

**Metastase** – Krankheitsherd, der durch die Verschleppung von krankheitserregendem Material (Tumorzellen, Bakterien) aus einem ursprünglichen Krankheitsherd entsteht. Im engeren Sinne ist damit die Metastase eines bösartigen Tumors gemeint (Fernmetastase: Metastase, die auf dem Blut- oder Lymphweg übertragen wird und fern des ursprünglichen Tumors wächst). Eine Metastasierung kann über den Blutweg (hämatogen) oder über den Lymphstrom (lymphogen) erfolgen.

**O**

**Östrogen** – weibliches Geschlechtshormon

**P**

**palliativ** – lindernd; Maßnahmen zur Behebung bestimmter Symptome, ohne die zu Grunde liegende Erkrankung tatsächlich beseitigen zu können.

Die palliative Medizin hat besondere Bedeutung, wenn die Heilung eines Krebspatienten nicht mehr möglich ist. Im medizinischen Bereich stehen eine intensive Schmerztherapie und die Kontrolle anderer krankheitsbedingter Symptome im Vordergrund.

**Physiotherapie** – Behandlung von Krankheiten mit naturgegebenen Mitteln wie Wasser, Wärme, Licht und Luft.

**physisch** – körperlich

**Primärtumor** – Die zuerst entstandene Geschwulst, von der Metastasen ausgehen können.

**Prognose** – Vorhersage einer zukünftigen Entwicklung (zum Beispiel eines Krankheitsverlaufes) auf Grund kritischer Beurteilung des gegenwärtigen Zustands.

**Progesteron** – Gelbkörperhormon, wichtigstes natürliches Gestagen, das im Zusammenwirken mit bzw. nach vorheriger Einwirkung von Östrogenen an der Regulation nahezu aller weiblichen Fortpflanzungsorgane beteiligt ist.

**Prothese** – künstlicher Ersatz eines amputierten bzw. fehlenden Körperteils

**psychisch** – seelisch

**R**

**Radiotherapie** – Strahlenbehandlung

**Rehabilitation** – Maßnahmen zur Wiedereingliederung bzw. zur medizinischen Wiederherstellung, beruflichen Wiederbefähigung und sozialen Wiedereingliederung in Form von Übergangshilfen, Übergangsgeld, nachgehender Fürsorge von Behinderten und Beseitigung bzw. Minderung der Berufs-, Erwerbs- und Arbeitsunfähigkeit.

**Rekonstruktion** – Wiederherstellung eines zerstörten Gewebsteils

**Remission** – Tumorrückgang. Die klinische Terminologie unterscheidet zwischen Voll- und Teilremission, je nachdem, ob sich der Tumor ganz oder nur teilweise zurückgebildet hat. Eine Vollremission kann, muss jedoch nicht mit einer dauerhaften Heilung verbunden sein.

**Resektion** – operative Entfernung von kranken Organanteilen

**Rezidiv** – “Rückfall”, im engeren Sinn das Wiederauftreten einer Krankheit nach einer erscheinungsfreien Periode

**S**

**Segment** – Abschnitt, Teilstück

**Silikon** – Eine gelartige Masse, die auf Grund ihrer guten Formbarkeit und Verträglichkeit oft in der Wiederherstellungschirurgie, z.B. bei der Brustrekonstruktion, verwendet wird.

**Sonografie** – siehe Ultraschalluntersuchung

**Stadieneinteilung (Staging)** – Bei bösartigen Tumoren

wird die Ausbreitung innerhalb des Entstehungsorgans in die Nachbarorgane und in andere Organe festgelegt, wobei die Größe des ursprünglichen Tumors (Primärtumor), die Zahl der befallenen Lymphknoten und die Metastasen formelhaft erfasst werden (siehe auch TNM-Klassifikation, Grading).

**Strahlenbehandlung (Radiotherapie)** – Behandlung mit ionisierenden Strahlen, die über ein spezielles Gerät (meist Linearbeschleuniger) in einen genau festgelegten Bereich des Körpers eingebracht werden. Diese Bestrahlungsfelder werden vorab so geplant und berechnet, dass die Dosis in der Zielregion ausreichend hoch ist und gleichzeitig gesundes Gewebe bestmöglich geschont wird. Man unterscheidet die interne Strahlentherapie („Spickung“/Afterloading mit radioaktiven Elementen) und die externe Strahlentherapie.

**Symptom** – Krankheitszeichen

**Szintigrafie/Szintigramm** – Untersuchung und

Darstellung innerer Organe mit Hilfe von radioaktiv markierten Stoffen. In einem speziellen Gerät werden dabei von den untersuchten Organen durch aufleuchtende Punkte Bilder erstellt, die zum Beispiel als Schwarz-Weiß-Bilder auf Röntgenfilmen dargestellt werden können. Anhand des Szintigramms kann man auffällige Bezirke sehen und weitere Untersuchungen einleiten.

**T**

**Testosteron** – Sexualhormon (Androgen)

**Therapie** – Kranken-, Heilbehandlung

**TNM-Klassifikation** – Gruppeneinteilung bösartiger

Tumoren nach ihrer Ausbreitung. Es bedeutet: T = Tumor N = Nodi (benachbarte Lymphknoten) M = Fernmetastasen Durch Zuordnung von Indexzahlen werden die einzelnen Ausbreitungsstadien genauer beschrieben. Ein Karzinom im Frühstadium ohne Metastasierung würde damit z.B. als T 1 N 0 M 0 bezeichnet.

**Tumor** – Geschwulst, nicht unbedingt bösartig.

Ein bösartiger Tumor besteht aus unkontrolliert wachsenden Zellwucherungen.

**U**

**Ultraschalluntersuchung (Sonografie)** – Diagnostische Methode, bei der Ultraschallwellen durch die Haut in den Körper eingestrahlt werden, so dass sie an Gewebs- und Organgrenzen zurückgeworfen werden. Die zurückgeworfenen Schallwellen werden von einem Empfänger aufgenommen und mithilfe eines Computers in entsprechende Bilder umgewandelt. Man kann mit dieser Methode die Aktionen beweglicher Organe (Herz oder Darm) verfolgen. Eine Strahlenbelastung tritt nicht auf; die Untersuchung kann bei Bedarf wiederholt werden.

**Z**

**Zyste** – ein- oder mehrkammerige, durch eine Kapsel abgeschlossene, sackartige Geschwulst mit dünn- oder dickflüssigem Inhalt

**Zytologie** – Lehre vom Bau und den Funktionen der Zellen

**Zytostatika** – Medikamente, die das Wachstum von Tumorzellen hemmen, aber auch gesunde Zellen in gewissem Ausmaß schädigen können. Ziel ist dabei, die Zellteilung zu verhindern (siehe auch Chemotherapie)

# Das Brustkrebsmagazin



Die reguläre Ausgabe des Brustkrebsmagazins Mamma Mia! erscheint vierteljährlich und beinhaltet aktuelle Beiträge zu medizinischen und psychologischen Aspekten der Brustkrebstherapie sowie Themen aus den Bereichen Sport, Ernährung, Reise und Wellness.

**Jahresabo (4 Ausgaben): € 18,-**

zzgl. € 4,80 Versandkosten  
(Ausland zzgl. € 12,- Versandkosten)

**Abo Hotline: +49 89 85853-572**



# Mamma Mia! [Spezial] – Die Ratgeber



„Möglichkeiten der Brustrekonstruktion – Eine Entscheidungshilfe“

Im Ratgeber werden die gängigsten Methoden der Brustrekonstruktion anhand zahlreicher Grafiken erklärt.

€ 8,90 zzgl. Versand



„Komme ich aus einer Krebsfamilie? – Informationen für Betroffene und Ratsuchende zum familiären Darmkrebs“

€ 4,90 zzgl. Versand

Die folgenden Sonderhefte können kostenlos als PDF unter [www.mammamia-online.de](http://www.mammamia-online.de) heruntergeladen oder in gedruckter Form gegen einen frankierten Rückumschlag bestellt werden.



„Komme ich aus einer Krebsfamilie? – Informationen für Männer und Frauen zum familiären Brust- und Eierstockkrebs“



„Mythen & Fakten“



„Brustkrebs – Die fortgeschrittene Situation“



„Eierstockkrebs – Therapieoptionen im Überblick“



„Tumor ist nicht gleich Tumor“  
Der Ratgeber bietet eine Orientierungshilfe zur individuellen Brustkrebstherapie.



„Brustkrebs beim Mann – Therapieoptionen im Überblick“

[Bestellformular auf der nächsten Seite](#)

## IMPRESSUM

### HERAUSGEBER:

GeKo Verlag  
Verlag für Gesundheitskommunikation  
Eva Schumacher-Wulf & Anne-Claire Brühl GbR  
Altkönigstraße 31, 61476 Kronberg



### REDAKTION:

Mamma *Mia!* Das Brustkrebsmagazin  
Altkönigstraße 31, 61476 Kronberg  
Telefon: +49 6173 3242858  
Telefax: +49 6173 3280195  
E-Mail: redaktion@mammamia-online.de  
www.mammamia-online.de  
www.facebook.de/brustkrebsmagazin.mammamia  
www.twitter.com/MammaMiaMagazin  
Eva Schumacher-Wulf – v.i.S.d.P.  
eva.schumacher@mammamia-online.de  
Ulla Ohlms  
ulla.ohlms@t-online.de

### MEDIZINISCHER BEIRAT

Prof. Dr. Frank Förster

### LESERSERVICE MAMMA *MIA!*

Postfach 1363, 82034 Deisenhofen  
Sie können diesen Ratgeber bestellen unter:  
www.mammamia-online.de  
oder telefonisch unter:  
Telefon: +49 89 85853-572  
Telefax: +49 89 8585362-572  
E-Mail: aboservice@mammamia-online.de

### LAYOUT/GRAFIK:

BECHTLE media  
www.bechtle-media.de

### BILDNACHWEIS:

Heidi Meamber, gvictoria, Yuri, lisafx, jessicaphoto,  
Laughing\_Buddha, 47743445ean, by\_nicholas, kaczka,  
CJMGrax, Pali Rao, leesnow, chuyu, ideabug, kupicico,  
Angelika Stern, Squaredpixels, fotostorm, Pat\_Hastings,  
mbbirdy, Ugreen, Yuri\_Arcuns, manaemedia, Jan-Otto,  
BrianAJackson, warrengoldswain, GlobalStock (alle  
istockphoto.com); MAK (fotolia.com); Sandra Bartsch

### KOOPERATION UND VERTRIEB:

Anne-Claire Brühl  
Telefon: +49 6173 3242858  
Telefax: +49 6173 3280195  
E-Mail: acbruehl@mammamia-online.de

### DRUCK:

Bechtle Druck&Service  
Zeppelinstraße 116, 73730 Esslingen  
www.bechtle-dus.de

### BANKVERBINDUNG:

Taunus Sparkasse  
Konto: 55 011 966  
BLZ: 512 500 00  
IBAN: DE31 5125 0000 0055 0119 66  
SWIFT: HELADEF1TSK

© Copyright beim GeKo Verlag GbR

Diese Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Richtlinien des Urheberrechtsgesetzes bedarf der Zustimmung des Verlags. Namentlich gekennzeichnete Beiträge verantworten die Autoren selbst. Sie stellen nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion dar. Ebenso erhält es sich mit allen gewerblichen Anzeigen.

Wir freuen uns über jede Zusendung, übernehmen für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder aber keine Haftung. Bei allen veröffentlichten Texten behalten wir uns das Recht auf Kürzen und Redigieren vor.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Etwaige Angaben müssen vom Anwender überprüft werden.

# Unsere Zeitschriften im Überblick



Damit Sie Mamma *Mia!* schnell und bequem lesen können, einfach den Coupon ausfüllen und per Post oder Fax senden an: Mamma *Mia!*, Leserservice, Postfach 1363, 82034 Deisenhofen.

Oder schicken Sie uns eine E-Mail.  
Und schon kommt die nächste Mamma *Mia!* Ausgabe in Ihren Briefkasten.

Abo Hotline: +49 89 85853-572  
E-Mail: aboservice@mammamia-online.de  
oder direkt auf unserer Webseite: www.mammamia-online.de

- Hiermit bestelle ich ein 12-monatiges Abo von Mamma *Mia!* zum Preis von € 18,- zzgl. € 4,80 Versandkosten / Ausland € 18,- zzgl. € 12,- Versandkosten. Das Abo verlängert sich automatisch um weitere vier Ausgaben, wenn ich nicht spätestens 14 Tage vor dessen Ablauf schriftlich kündige.
- Hiermit bestelle ich den Ratgeber „Möglichkeiten der Brustrekonstruktion“ zum Preis von 8,90 € zzgl. Versandkosten.
- Hiermit bestelle ich den Ratgeber „Darmkrebs“ zum Preis von 4,90 € zzgl. Versandkosten.  
Hiermit bestelle ich gegen einen DIN-A4-Rückumschlag und € 1,45 Frankierung für Zusendungen innerhalb Deutschlands € 5,00 Euro Geldschein für Zusendungen innerhalb der EU den Ratgeber
- „Komme ich aus einer Krebsfamilie? Informationen für Männer und Frauen zum familiären Brust- und Eierstockkrebs“.
- „Brustkrebs – Die fortgeschrittene Situation“. Der Ratgeber speziell für Frauen mit einer fortgeschrittenen Brustkrebserkrankung.
- „Tumor ist nicht gleich Tumor“. Der Ratgeber bietet eine Orientierungshilfe zur individuellen Brustkrebstherapie.
- „Brustkrebs – Mythen und Fakten“. In seiner Reihe „Mythen & Fakten“ macht sich Professor Ingo J. Diel Gedanken über verschiedene Aspekte der Brustkrebserkrankung. Die Beiträge sind offen, direkt und mitunter provokant.
- „Brustkrebs beim Mann – Therapieoptionen im Überblick“.
- „Eierstockkrebs – Therapieoptionen im Überblick“.

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vertrauensgarantie: Dieser Auftrag kann schriftlich beim Mamma *Mia!* Aboservice innerhalb von 14 Tagen nach Eingang dieser Karte widerrufen werden. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung.

# Wir danken

---

*Dieser Ratgeber wurde realisiert mit freundlicher Unterstützung von:*





## „Komme ich aus einer Krebsfamilie?“ Der Ratgeber



Komme ich aus einer Krebsfamilie? – Fast jeder, der eine Krebserkrankung nicht nur am eigenen Leib, sondern auch bei seinen nächsten Verwandten erlebt hat, stellt sich wohl früher oder später diese Frage. Aber diese Sorge kann auch die gesunden Familienmitglieder treffen. Die Ungewissheit, ob womöglich meine Familie und damit auch ich selbst betroffen sein könnte, kann bereits eine große seelische Belastung darstellen.

Der Ratgeber „Komme ich aus einer Krebsfamilie?“ bietet Informationen zum „Familiären Brust- und Eierstockkrebs“.

Der Ratgeber ist für unsere Leserinnen kostenlos. Senden Sie eine Bestellung und einen DIN-A4-Rückumschlag mit Ihrer Adresse und

- ✂ 1,45 € Frankierung für Zusendungen innerhalb Deutschlands
- ✂ 5,00 € Geldschein für Zusendungen innerhalb der EU

an folgende Adresse:

Leserservice Mamma *Mia!*  
Postfach 13 63  
82034 Deisenhofen  
Tel.: +49 89 85853-572  
Fax: +49 89 85853-62572  
E-Mail: aboservice@mammamia-online.de

Weitere Informationen finden Sie unter  
[www.mammamia-online.de](http://www.mammamia-online.de)