

Informationsblatt für Patientinnen

Antihormontherapie / Endokrine Therapie

Hormontherapie (Endokrine Therapie, Anti-Hormontherapie)

Anti-Hormontherapien werden auch Endokrine Therapien oder Hormontherapien genannt und lassen sich nur anwenden, wenn ein Östrogenrezeptor (ER) und / oder ein Progesteronrezeptor (PR) vorhanden ist. Ein Rezeptor ist eine Eigenschaft der Tumorzelle, die vom Pathologen bestimmt wird. Bei vorhandenem Rezeptor besteht eine Hormonempfindlichkeit der Zellen, die therapeutisch genutzt werden kann. So kann das körpereigene Östrogen diese Zellen stimulieren und sie zum Wachstum anregen. Es gibt Medikamente, die den Rezeptor blockieren und dadurch das Wachstum der Tumorzelle verhindern können.

Es gibt drei wesentliche Substanzen, die bei der Brustkrebstherapie eingesetzt werden:

Tamoxifen wird vom Rezeptor geradezu angezogen, besetzt ihn und verhindert dadurch ein weiteres Wachsen.

Aromataseinhibitoren (synonym Aromatasehemmer) blockieren den Zugang zum Rezeptor, so dass dieser nicht mit Östrogenen beladen werden kann. Auch so geht die Zelle zu Grunde.

GnRH-Analogon: Vor den Wechseljahren (Prämenopause) kann auch ein GnRH-Analogon eingesetzt werden. Dieser unterdrückt die Eierstockfunktion, so dass vorübergehend keine Östrogene mehr gebildet werden. Auch damit wird das Wachstum einer hormonabhängigen Tumorzelle gestoppt. In der Prämenopause werden somit Tamoxifen oder GnRH (eine Spritze alle 4 Wochen) eingesetzt. Aromataseinhibitoren dürfen nur in Kombination mit GnRH eingesetzt werden.

Nach den Wechseljahren (Postmenopause) können Tamoxifen oder Aromatasehemmer verwandt werden. Oft werden beide nacheinander eingesetzt. Je nach vorliegender Risikokonstellation wird entweder mit täglich einer Tablette Tamoxifen 20mg oder einer Tablette eines Aromataseinhibitors (Letrozol oder Anastrozol oder Exemestan) begonnen. In bestimmten Situationen wird dann nach 2-3 Jahren Einnahme das Präparat gewechselt.

Bei Männern kommt nur Tamoxifen zum Einsatz (jedes 100 Mammakarzinom betrifft einen Mann!).

Geschäftsführer:
Frank Böker (Vorsitz)
Matthias Becker
Ansgar Hermeier

Vorsitzender des
Gesellschaftsausschusses:
Thilo v. Selchow

Krankenhausdirektor:
Helmut Häfner

Kurator:
Egon Frhr. von Knobelsdorff

Bankverbindung:
Sparkasse Köln/Bonn
BIC COLSDE33XXX
IBAN DE96 3705 0198 0008 5535 05
Bank für Kirche und Diakonie eG
IBAN DE10 3506 0190 1011 6130 19
BIC GENODED1DKD



Eine Einnahmedauer von 5 Jahren ist heute Standard. In bestimmten Konstellationen wird diese Therapie aber verlängert (insgesamt 7 Jahre, manchmal auch 10 Jahre). Vorrangig geschieht dies bei erhöhtem Risiko wie z.B. einem Lymphknotenbefall.

Heute ist es nahezu ausnahmslos die Regel, dass eine Hormontherapie verordnet wird, wenn ein Hormonrezeptor (Östrogen- und/oder Progesteronrezeptor) nachgewiesen wurde. Diese Therapie wird dann oft bereits sehr früh eingesetzt.

Wenn ein Rezeptor nachgewiesen wurde wird empfohlen, die Operation erst nach 3-4 Wochen durchzuführen. In der Wartezeit wird aber 1 Tablette Tamoxifen 20mg oder 1 Tablette eines Aromatasehemmers genommen. Damit kann dargestellt werden, ob der Tumor tatsächlich auf die Tabletteneinnahme reagiert:

Bei Diagnosestellung wird immer der Faktor ki-67 aus der Gewebestanze bestimmt. Ebenso wird dieser Faktor dann im Operationspräparat gemessen. Ki-67 zeigt die Wachstumsbereitschaft des Tumors an. Ist der ki-67-Wert im Tumor nach der Behandlung niedrig wurde belegt, dass die vorgeschaltete Hormontherapie den Tumor zielgerichtet sicher herunterregulieren konnte. Somit ist eine Chemotherapie eher nicht notwendig.

Antihormontherapie / Endokrine Therapie

Weitere Informationen zu den Präparaten

1. Tamoxifen

Seit den 70er Jahren kennt man das Antiöstrogen Tamoxifen, welches dem Östrogen im Aufbau gleicht. Dieses kann den Estrogen- oder Progesteron-Rezeptor besetzen. Man kann sich dieses System als Schlüssel-Schloss-Prinzip vorstellen: die Tumorzelle hat ein Schloss, in den der „Östrogenschlüssel“ passt. Die Zelle wird stimuliert, wenn das Schloss durch das weibliche Geschlechtshormon besetzt wird. Tamoxifen besetzt das Schloss auch, ist aber nicht in der Lage, den Schlüssel zu drehen. Dadurch wird die Zelle blockiert und geht zu Grunde. Ein Wiederauftreten des Brustkrebses wird verhindert.

Ein geniales Prinzip, welches auch nur geringe Nebenwirkungen hat: wie alle Hormone kann Tamoxifen in seltenen Fällen zu Thrombosen führen. Tamoxifen hat eine restöstrogene Wirkung und kann die Schleimhaut in der Gebärmutter stimulieren, so dass es dort zum Aufbau der Schleimhaut bis hin zu erneut auftretenden Blutungen bei Frauen nach den Wechseljahren kommt. Zum Teil klagen Patientinnen unter der Tamoxifeneinnahme über starke Wechseljahrs-beschwerden. Schuld daran ist aber oft nicht das Antihormon Tamoxifen sondern der Umstand, dass Frauen mit hormonempfindlichen Brustkrebszellen keine Hormone (Hormonersatztherapie) bekommen dürfen. Bei jüngeren Frauen führt Tamoxifen teilweise zu gutartigen Zysten im Bereich der Eierstöcke. Schwangerschaften sind unter Tamoxifen möglich! Die restöstrogene Wirkung des Tamoxifens kann den Knochenaufbau unterstützen.

Der Einsatz von Tamoxifen ist zur Standardtherapie bei Patientinnen mit Nachweis von Hormonrezeptoren geworden. Es handelt sich um eine der ersten zielgerichteten Therapien, d.h. ein Effekt wird nur an den Zellen erzielt, die einen Rezeptor tragen.

Die Dosis beträgt 20 mg täglich (1 Tablette). Bei Blutungen aus der Scheide unter Einnahme von Tamoxifen sollten Sie unbedingt Ihren Frauenarzt aufsuchen.

2. Aromatasehemmer

Bei den Aromataseinhibitoren (synonym Aromatasehemmer) handelt es sich um Substanzen die das Enzym Aromatase hemmen. Aromatase wird dazu benötigt, im Fettgewebe aus Steroid-Vorstufen Östrogene herzustellen. Die Hemmer verhindern somit die Produktion von Östrogenen und wirken dadurch auch antiöstrogen.

Aromatasehemmer dürfen nur bei Frauen nach der Menopause (nach Beendigung der Wechseljahre) eingesetzt werden.

Bei der Behandlung des fortgeschrittenen Brustkrebses stehen die Aromatasehemmer in der ersten Linie der Therapie noch vor der Tamoxifengabe. Ebenso werden sie in der frühen Erkrankung oftmals vor dem Tamoxifen vorbeugend (adjuvanten) angewandt. Individuell wird im Tumorboard in der Regel festgelegt, mit welcher endokrinen Therapie begonnen, ob gewechselt und wie lange die Therapie eingesetzt wird. Dabei kann ein Präparat 5 oder gar 7 Jahre gegeben werden oder nach 2-3 Jahren ein Wechsel auf das andere Präparat erfolgen.

Wenn Tamoxifen nicht vertragen wird, bzw. es Einwände gegen die Einnahme von Tamoxifen gibt, müssen Aromatasehemmer statt Tamoxifen eingesetzt werden.

Als wesentliche Nebenwirkung ist ein fehlender Effekt auf die Knochen zu erwähnen, so dass Patientinnen unter einer Aromatasehemmer-Therapie etwas häufiger eine Osteoporose mit dem möglichen Risiko von Knochenbrüchen entwickeln. Zudem leiden Patienten manchmal unter Knochenschmerzen. Es ist daher ratsam, vor Beginn und unter der Therapie Knochendichte-messungen durchzuführen. Als Antihormon führt auch diese Substanzgruppe teilweise zu Wechseljahrsbeschwerden.

3. GnRH-Analoga, Ovariectomie

Aus dem geschilderten Prinzip der Hemmung von hormonempfindlichen Zellen durch Verdrängen vom Rezeptor (Tamoxifen) oder durch den Versuch, die Östrogenproduktion zu vermindern (Aromatasehemmer) lässt sich folgern, dass es sinnvoll sein könnte, bei jüngeren Frauen die Hormonproduktion der Eierstöcke zu unterdrücken. Diese können dann keine weiblichen Geschlechtshormone mehr produzieren. Die Nebenwirkung dieser Therapie ist somit gewünscht und führt dazu, dass die Patientin in die Wechseljahre kommt.

Untersuchungen haben bestätigt, dass dies ein hervorragendes System ist, um zusätzlich junge Frauen nach der operativen Therapie zu heilen. Eingesetzt werden Spritzen die alle 4 Wochen unter die Haut injiziert werden. Diese greifen in den Regelkreislauf der Östrogenbildung ein. Anfangs kommt es dann noch zu einer Blutung, mit der 2. - 3. Spritze hört aber die Menstruation auf. Gegeben werden diese Spritzen über 2 Jahre. Oft wird diese Spritze mit Tamoxifen oder einem Aromataseinhibitor kombiniert. Oft ist es eine individuelle Entscheidung des Tumorboards, ob GnRh eingesetzt werden sollten. Bei sehr jungen Frauen mit fortgeschrittenem Brustkrebs wird oft eine GnRH-Gabe empfohlen.

Die Therapie mit der GnRH-Analoga-Spritze ist reversibel. Das bedeutet, dass nach Absetzen der Medikamente die Eierstockfunktion wieder aufgenommen werden kann (sofern Sie dann nicht die eigentlichen Wechseljahre erreicht haben). Alternativ können die Hormonproduktion in den Eierstöcken auch komplett verhindert werden, indem man diese entfernt. Dies ist durch eine Bauchspiegelung problemlos möglich. Selbstverständlich ist dies dann eine endgültige Entscheidung.

Herausgeber

Johanniter GmbH
Zweigniederlassung Bonn

Johanniter-Krankenhaus Bonn
Brustzentrum Bonn/Euskirchen
Prof. Dr. Uwe-Jochen Göhring
Johanniterstraße 3-5
53113 Bonn