

Onkoplastische Chirurgie an einem zertifizierten Brustzentrum

Qualitätslabels der Brustzentren in der Schweiz

Walter P. Weber, walter.weber@usb.ch

An Brustkrebs erkranken in der Schweiz pro Jahr etwa 5'500 Frauen und 30 bis 40 Männer. Damit ist Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen und macht fast ein Drittel aller Krebsdiagnosen aus. In der Schweiz sterben jedes Jahr rund 1'350 Frauen an Brustkrebs, wobei die Sterblichkeit in den letzten Jahren in der Schweiz und in vielen anderen industrialisierten Ländern deutlich zurückgegangen ist. Dieser Rückgang ist unter anderem auf die frühe Erkennung und die verbesserten Therapiemöglichkeiten zurückzuführen. Die Behandlung von Brustkrebs ist entsprechend komplexer geworden und setzt ein spezialisiertes Wissen voraus.

Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, bieten die Krebsliga Schweiz und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie seit dem letzten Jahr ein Qualitätslabel an. Das Zertifikat steht für die bestmögliche Behandlung und Betreuung von PatientInnen mit Brustkrebs und soll langfristig die Transparenz und anhaltende Qualität der medizinischen Versorgung fördern. Das Brustzentrum St.Gallen/Grabs und das Brustzentrum des Universitätsspitals Basel wurden als Erste mit dem schweizerischen Qualitätslabel ausgezeichnet und viele weitere Brustzentren in der Schweiz sind schon im Bewerbungsprozess oder streben einen solchen in naher Zukunft an. Dazu kommt, dass die Deutsche Krebsgesellschaft und die EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) ihrerseits vergleichbare Qualitätslabels anbieten und in der Schweiz bereits die Brustzentren der folgenden Spitäler ausgezeichnet haben: Kantonsspital Luzern, Inselspital Bern, Kantonsspital Baden, Universitätsspital Zürich, Brustzentrum Zürich, Kantonsspital Aarau und die Spitäler Bellinzona/Lugano.

Obwohl eine gute Betreuung von PatientInnen mit Brusterkrankungen zweifelsfrei auch ausserhalb eines zertifizierten Brustzentrums möglich ist, bietet die von den Zertifizierungsstellen verlangte Struktur gewisse Vorteile. Aufgrund der geforderten Minimalfallzahlen der beteiligten Disziplinen ist die Zusammenarbeit in der Regel gut etabliert, was wiederum die Entwicklung neuer interdisziplinärer Abklärungs- und Behandlungstechniken vereinfacht. Ein solches Beispiel ist die onkoplastische Chirurgie.

Kombination von Methoden

Wie der Name sagt, bedeutet onkoplastische Chirurgie (OPC) die Kombination von tumorchirurgischen und plastisch-rekonstruktiven Operationstechniken. Sie ist Ausdruck der zunehmenden Ansprüche der Patientinnen auf ein gutes kosmetisches Resultat bei erhaltener onkologischer Sicherheit. OPC kann entweder gemeinsam durch einen Brustchirurgen aus der Chi-

urgie oder Gynäkologie und einen plastischen Chirurgen oder alleine durch einen Brustchirurgen mit entsprechender Ausbildung in plastischer Chirurgie durchgeführt werden. Die Anwendung ist bei brusterhaltenden Operationen wie auch bei Brustentfernungen (Mastektomien) möglich, wobei letztere die Anwesenheit von Spezialisten aus beiden Disziplinen verlangen.

Onkoplastische Mastektomien werden in der Regel unter Erhaltung des Hautmantels der Brust („skin sparing mastectomy“) und idealerweise auch des Mamillen-/Areolakomplexes („nipple sparing mastectomy“) durchgeführt. Die Brüste werden anschliessend in der gleichen Narkose durch Eigen- oder Fremdgewebe wieder aufgebaut. Die Aufgaben sind hier klar verteilt. Der Brustchirurgen ist dafür verantwortlich, dass er die richtige Indikation stellt, denn aus onkologischen Gründen können nicht alle Mastektomien mit dieser Technik durchgeführt werden. Er muss auch die Gratwanderung zwischen vollständiger Mastektomie und ausreichender Durchblutung des erhaltenen Gewebes erfolgreich abschätzen können, um das Grundprinzip der notwendigen lokoregionären Kontrolle (wenig Lokalrezidive) ohne erhöhte Morbidität (wenige Nekrosen von Hautmantel und/oder Mamille) nicht zu gefährden. Die Mastektomie – auch die prophylaktische – sollte nicht durch den plastischen Chirurgen durchgeführt werden, denn zwischen den beiden Disziplinen herrschen fundamental verschiedene Auffassungen, was die richtige „Dicke“ des Hautmantels betrifft. Die Technik der mamillen-/hauterhaltenden Mastektomie stammt ursprünglich aus der plastischen Chirurgie, wo sie als subkutane Mastektomie schon seit Jahrzehnten praktiziert wird. Für die onkologische Indikation muss die Technik radikal modifiziert werden, was vor allem die Dicke des Hautmantels, insbesondere retroareolär, und die Vollständigkeit der Brustgewebsentfernung betrifft. Andererseits sollte der Wiederaufbau nicht durch den Brustchirurgen erfolgen, dies ist die Domäne der plastischen Chirurgie.

Gute kosmetische Resultate

Obwohl die mamillen-/hauterhaltende Mastektomie z. B. in Skandinavien¹ schon seit Jahrzehnten zur Behandlung von Brustkrebs angewandt wird, haben die meisten Zentren weltweit noch limitierte Erfahrung mit der Technik. Entsprechend kurz ist das Follow-up in den wenigen publizierten Serien, die aber die onkologische Sicherheit des Verfahrens bisher bestätigen und sehr gute kosmetische Resultate aufweisen.² Ein grosser Vorteil liegt sicherlich darin, dass Patientinnen weniger oft operiert werden müssen. In vielen Brustzentren werden bereits deutlich mehr mamillen-/hauterhaltende als totale Mastektomien durchgeführt.

Walter P. Weber



OPC findet auch bei der Brusterhaltung zunehmend Anwendung. Die zwei anspruchsvollen Ziele der OPC bei der Brusterhaltung sind: Der Tumor wird im Gesunden entfernt, und die Brust sieht besser aus als vor der Operation respektive besser als die Gegenseite. Bei Patientinnen mit grossvolumigem Busen und einer gewissen Ptose werden diese Ziele meist erreicht; bei Patientinnen mit kleinen Brüsten ist dies oft schwieriger oder auch nicht möglich. Der Grundsatz bei der brusterhaltenden OPC besteht darin, dass die Tumorentfernung kombiniert wird mit einer Brustverkleinerung (therapeutische Reduktionsmammoplastik) und/oder einer Bruststraffung (therapeutische Mastopexie), wobei der Mamillen-/Areolakomplex oft in die richtige neue Position verlagert wird. Es gibt eine Vielzahl von verschiedenen Modifikationen dieser Techniken³. Entscheidend ist die präoperative Planung an der sitzenden oder stehenden Patientin, die standardisiert beginnt und dann je nach Tumorage und -grösse angepasst wird. Die gleichzeitige Brustverkleinerung und/oder -straffung ermöglicht deutlich grössere Resektionsvolumina und damit eine Ausdehnung der Indikation für die Brusterhaltung auch auf grosse Tumoren, die bisher mit einer Mastektomie behandelt wurden.⁴ Diskutiert wird auch immer wieder eine bessere onkologische Sicherheit durch die erreichten grossen Resektionsränder, respektive Sicherheitsabstände zum Tumor. Daraus resultieren eindeutig weniger zweizeitige Nachresektionen.⁵ Allerdings können diese – sofern doch einmal notwendig – nach erfolgter Volumenverschiebung etwas anspruchsvoller ausfallen. Auch scheint das Lokalrezidivrisiko nicht von der Grösse des Resektionsrandes abzuhängen. Es reicht aus, den Tumor in der definitiven Histologie im Gesunden entfernt zu haben.

Bedeutung der Indikationsstellung

Die brusterhaltende onkoplastische Chirurgie findet die beste Anwendung bei Patientinnen mit grossem Busen und grossem Tumor oder bei Tumoren an kosmetisch schwieriger Lage, beispielsweise im oberen inneren Quadranten (Dekolleté) oder in den unteren Quadranten (Gefahr der Mamilendelevation nach unten). Hier profitieren die Patientinnen enorm von den versteckten Schnittführungen und den Volumenverschiebungen durch die plastischen Techniken. Bei Patientinnen mit einem grossen Tumor in einer kleinen Brust kommen eher die onkoplastischen Mastektomietechniken zur Anwendung, wenn keine neoadjuvante Vorbehandlung zum lokalen Downstaging möglich oder erwünscht ist.

Auf der anderen Seite resultiert aus den onkoplastischen Techniken mehr Chirurgie, das heisst eine längere Operationsdauer mit grösserem Gewebetrauma im Vergleich zur konventionellen Brustchirurgie, was intuitiv ein höheres Komplikationsrisiko suggeriert, wie z. B. Fettgewebsnekrosen. Die Literatur hat dies aber bisher nicht belegt und auch der Beginn der adjuvanten Therapie scheint dadurch nicht verzögert zu werden.⁶ Auf jeden Fall sollte die Indikationsstellung für die OPC genau geprüft werden. Eine Frau mit einem kleinen Tumor im oberen äusseren Quadranten einer grossen Brust kann von der OPC nur profitieren, wenn sie aktiv eine Brustverkleinerung oder -straffung wünscht. Ansonsten bleibt dies die Domäne der konventionellen brusterhaltenden Chirurgie.

Onkoplastische Chirurgie am Universitätsspital Basel

OPC wird im Brustzentrum des Universitätsspitals Basel schwerpunktmässig seit 2011 angeboten. Die prozentuale Verteilung von onkoplastischer zu konventioneller Brustchirurgie ist zurzeit etwa 30/70, wobei sich eine Tendenz zur stetigen Ausweitung der Indikationsstellung abzeichnet.

OPC, dies hat unsere bisherige Erfahrung gezeigt, ist primär eine Einstellungssache und fordert von allen Beteiligten eine hohe Motivation. Der logistische Aufwand ist enorm, weil bei uns die onkoplastische Chirurgie meist in Anwesenheit eines Brust- und plastischen Chirurgen durchgeführt wird. Nur die einfachen Techniken, wie die Doughnut- oder Batwing Mastopexie oder die V-Mammoplastik, werden hier am Unispital Basel seit Kurzem selbstständig durch gewisse speziell trainierte Brustchirurgen durchgeführt. Die interdisziplinäre Brustkrebschirurgie bedeutet eine gemeinsame präoperative Indikationsstellung und Planung, Markierung, Operation und Nachkontrolle der Patientin. Die vom Qualitätslabel geforderten Strukturen verlangen, dass jede Patientin mit Brustkrebs vor der Operation interdisziplinär besprochen wird. An diesem Rapport wird die Indikation für die OPC zwischen den Brust- und plastischen Chirurgen diskutiert.

Insbesondere die sehr guten kosmetischen Ergebnisse trotz Ausdehnung der Brusterhaltung auf grosse Tumoren und die entsprechende Zufriedenheit der Patientinnen sorgen dafür, dass wir stetig bemüht sind, unsere Expertise in der OPC zu verbessern.

References

1. Benediktsson KP, Perbeck L. *Survival in breast cancer after nipple-sparing subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction with implants: a prospective trial with 13 years median follow-up in 216 patients.* *Eur J Surg Oncol* 2008; 34:143-148.
2. Garwood ER, Moore D, Ewing C et al. *Total skin-sparing mastectomy: complications and local recurrence rates in 2 cohorts of patients.* *Ann Surg* 2009; 249: 26-32.
3. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C et al. *Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery.* *Ann Surg Oncol* 2010; 17: 1375-1391.
4. Chang EI, Peled AW, Foster RD et al. *Evaluating the feasibility of extended partial mastectomy and immediate reduction mammoplasty reconstruction as an alternative to mastectomy.* *Ann Surg* 2012; 255: 1151-1157.
5. Down SK, Jha PK, Burger A et al. *Oncological advantages of oncoplastic breast-conserving surgery in treatment of early breast cancer.* *Breast J* 2013; 19: 56-63.
6. Kahn J, Barrett S, Forte C et al. *Oncoplastic breast conservation does not lead to a delay in the commencement of adjuvant chemotherapy in breast cancer patients.* *Eur J Surg Oncol* 2013; 39: 887-891.