

Spagat zwischen Narbe und Ästhetik

Brusterhaltende Therapie im Wandel

Seit vielen Jahren ist bekannt, dass eine Brusterhaltung mit adjuvanter Radiotherapie bezüglich des Erfolgs der Behandlung gleich gut ist wie eine Mastektomie. Es gilt dabei, das optimale Verhältnis zwischen Narbe und Ästhetik zu finden. Dieser Artikel behandelt die Thematik anhand einiger Beispiele.



Dr. med. Daniel A. Burger
Wollerau

+ Depuis quelques décennies, on sait que le succès thérapeutique de la chirurgie conservatrice avec radiothérapie adjuvante est équivalent à la mastectomie. Le challenge est de trouver la relation optimale entre les cicatrices et l'esthétique (tout en respectant les exigences oncologiques). Le présent article traite cette thématique à la lumière de plusieurs cas.

den 70-er Jahren ist die Systemtherapie in den meisten Fällen Standard. Seit vielen Jahren ist bekannt, dass eine Brusterhaltung (BET) mit adjuvanter Radiotherapie bezüglich „outcome“ gleich gut ist wie eine Mastektomie.

Das 20-Jahre-Überleben beim Milan I Trial war bei der BET Gruppe identisch mit der radikal mastektomierten Gruppe (publiziert 2002 von Veronesi im NEJM (1)). Heute werden 75% aller

Mit 1,3 Mio Fällen pro Jahr weltweit ist das Mammakarzinom eine relevante Krankheit. Die Therapie war in der Frühzeit rein chirurgisch, im ausgehenden 19. Jahrhundert mutilierend. Seit

ABB. 1 A: 66-jährige Patientin mit T2 Tumor (2.5 cm) in der linken Brust, Cup C, 3 h-Achse. Problematik: Der Tumor ist relativ gross und nahe der Haut, d.h. es braucht einen Verschiebelappen mit Hautkorrektur. Therapie: Segmentresektion mit vertikaler Verschiebeplastik mit Burrow Dreieck und Sentinel Technik.



Situs präoperativ

Planung der Resektion

Resektion des befallenen Segmentes bis auf die Pectoralisfaszie

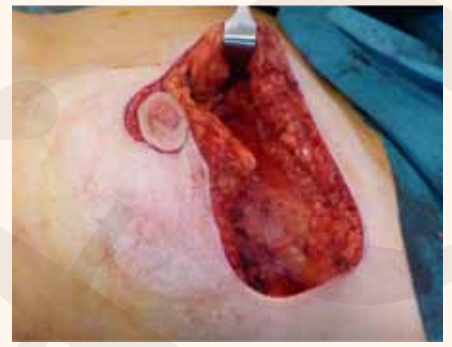
Situs nach Entfernung des Segmentes

Vertikales Schieben und provisorische Adaptation

Schlussbild nach Ende Naht mit neuem Mamillensitz

**B: 56-jährige Patientin mit DCIS in der 1 bis 3 h Achse Mamma links.
 Problematik: Bei DCIS entsteht oft ein grosser Volumendefekt.
 Therapie: Segmentektomie mit Mamillenrotation links.**

ABB. 2



Resektionsplanung und Drahtmarkierung

Situs nach Entfernung des Segmentes



Situs präoperativ

Schlussbild nach Hautnaht

Nach 6 Monaten

Schlussbild nach Ende Naht mit neuem Mamillensitz

C: 44-jährige Patientin mit multifokalem Mammakarzinom links 2 bis 3 h Achse. St.n. Aufbau mit Implantaten 2003, Straffung beidseits 2006, Implantatwechsel links 2008 wegen Kapselfibrose. Problem: mehrfach voroperiert, ungünstige Kosmetik mit Implantaten. Therapie: Quadrantektomie links, Explantation beider Implantate, Mastopexie und intraglanduläre Rekonstruktion.

ABB. 3



Situs präoperativ

Situs nach Quadrantektomie und Implantatentfernung



Planungsskizze für Quadrantektomie mit Resektionsfigur für Straffung

Situs nach 6 Monaten

Patientinnen mit Brustkrebs brusterhaltend operiert. Wo liegen die Probleme bei der Brusterhaltung? Trotz der minimal invasiven Vorgehensweise bei der chirurgischen Therapie bleibt der tumorfreie Resektatrand die kritische Grösse bezüglich Lokalrezidiv. Die Bildgebung mit Mammographie, Ultraschall und MRT hilft uns bei der Planung der Operation. Trotzdem findet der Pathologe bei der BET in 20 bis 40% der Fälle positive Resektatländer (2). Auf der andern Seite ist die Ästhetik heute ein zentrales Element der Therapie. Unbefriedigende Resultate nach BET belasten das Selbstwertgefühl, können zu Problemen in der Sexualität und auch zu Depressionen führen. Heute sind Operationstechniken gefragt, bei denen der durch die Resektion entstandene Volumendefekt entweder mit lokalem Drüsengewebe, mit Eigengewebe aus anderen Körperregionen, mit Fremdmaterial oder mit einer Kombination aus Obgenanntem gefüllt wird. Die Höhle durch ein Hämatom durch fehlende Drainage auszufüllen, wie das früher oft praktiziert wurde, ist heute obsolet.

Onkoplastik

Die Onkoplastik verbindet 3 Prinzipien: die onkologische Sicherheit und die Minimierung der Morbidität unter Berücksichtigung der Ästhetik.

Die Onkoplastik bedient sich der Techniken der plastischen Chirurgie. Zur Füllung des Defektes nach der Resektion des Tumors bei der Brusterhaltung kommt meist die Rekonstruktion mit Brustgewebe oder der Ersatz mittels Lappen in Frage. Intraglanduläre Verschiebelappen mit entsprechender Drüsenmobilisation führen bei kleinen Tumoren oft zum Ziel. Bei der „round bloc“ Technik via periareolären Zugang kommt ein narbenoptimiertes Procedere zur Anwendung. Häufig muss auch eine ptotische Brust operiert werden. Hier können tumorlageradaptierte Reduktionstechniken gleichzeitig auch die Kosmetik verbessern, wenn das gewünscht wird und die Patientin auch bereit ist, die gesunde Gegenseite anzupassen.

Der Trade-off bei der BET wird definiert durch die onkologische Sicherheit und das kosmetische Resultat, „so viel wie nötig aber so wenig wie möglich“. Es ist bekannt, dass ein grösserer tumorfreier Resektionsrand keine Verminderung des Risikos für ein Lokalrezidiv ergibt, aber dass der Pathologe keine Tumorzellen am Resektionsrand finden darf, ansonsten das Lokalrezidivrisiko signifikant steigt. Insbesondere bei jüngeren Patientinnen, bei DCIS, bei G3 Tumoren und bei Tumorzellen in Lymphgefässen ist der Resektionsrand von entscheidender Wichtigkeit (3).

Bei der Verschluss- oder „shutter“ Technik (Audretsch), werden durch Rotation des Drüsenkörpers und des Hautmantels und Repositionierung der Areola die Inframammärfalte und die Projektion der Brust perfekt rekonstruiert. Auch grosse Defekte, die durch die Resektion entstanden sind, können auf diese Weise elegant kompensiert werden.

Oft geht das Erreichen einer guten Form bzw. guten Projektion der Brustdrüse mit korrektem Sitz der Areola mit einer grösseren Narbe einher. Die postoperative Radiotherapie schwächt die Narbe optisch ab, so dass sie für viele Betroffene das kleinere Übel darstellt.

Dr. med. Daniel A. Burger

gynizürichsee.ch
Bahnhofstrasse 26
8832 Wollerau
info@gynizuerichsee.ch

Am Online-Beitrag unter www.medinfo-verlag.ch finden sich zwei weitere Beispiele zur Thematik.

Literatur:

1. N Engl J Med. 2002 Oct 17;347(16):1227-32. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. U. Veronesi, N. Cascinelli, L. Mariani, M. Greco, R. Saccozzi, A. Luini, M. Aguilar and E. Marubini
2. Ann Surg Oncol. 2009 October; 16(10): 2717–2730. Obtaining Adequate Surgical Margins in Breast-Conserving Therapy for Patients with Early-Stage Breast Cancer: Current Modalities and Future Directions. R.G. Pleijhuis, M. Graafland, J. de Vries, J. Bart, J.S. de Jong and G.M. van Dam
3. Ann R Coll Surg Engl. Mar 2007;89(2): 118-123. A Review of Current Practices in Breast Conservation Surgery in the UK. OE Young, K. Valassiadou, M. Dixon

Take-Home Message

- ◆ Brusterhaltung ist mit gutem ästhetischem Resultat bei Anwendung der intraglandulären Verschiebelappentechnik möglich
- ◆ Durch die Radiotherapie tritt das Narbenproblem in den Hintergrund
- ◆ Der Mamillensitz und die Projektion der Brust sind die zentralen Elemente der Ästhetik
- ◆ Keine Kompromisse beim Resektionsvolumen! Nachoperationen enden meist mit ästhetisch ungünstigem Resultat

Message à retenir

- ◆ La conservation du sein est possible avec un résultat esthétique convenable en utilisant la technique des lambeaux intra-mammaires
- ◆ La radiothérapie atténuée la problématique des cicatrices
- ◆ Le maintien du bon siège du mamelon et la projection du sein sont les éléments-clés de l'esthétique
- ◆ Il n'est pas licite de se permettre des compromis quant au volume de résection! Des reprises nécessaires en raison de tranches de section dans la tumeur (R1) finissent le plus souvent avec un résultat esthétique insatisfaisant