

Multidisziplinäre Besprechung vor Beginn der Therapie bei der Betreuung von Brustkrebspatientinnen

Céline Thomet, Ali Modarressi, Eva Rüegg, Brigitte Pittet-Cuénod

Service de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique, Hôpitaux Universitaires de Genève et Faculté de Médecine, Genève

Fast 100 Jahre waren seit der ersten Mastektomie 1882 vergangen, bis Patientinnen mit Brustkrebs auch eine Rekonstruktion der Brust angeboten wurde. Aufgrund tief verwurzelter Dogmen waren die Ärzte der Ansicht, dass nur mit einer ausgedehnten Ablatio eine vollwertige Therapie möglich sei, und lehnten eine Rekonstruktion ab, weil dadurch ein allfälliges Rezidiv maskiert, wenn nicht sogar gefördert werden könnte [1].

Dank der Weiterentwicklung unseres Wissens hat die Brustrekonstruktion nun aber Verbreitung gefunden, vor allem in Europa seit den 70er Jahren. Das gleichzeitige Aufkommen von Brustimplantaten hat den Eingriff vereinfacht, wenngleich die Operation in den Anfängen oft zu enttäuschenden Ergebnissen führte [2].

Dank den zunehmend ausgefeilten Techniken kann man nun heute eine Brust wieder so aufbauen, dass sie von den Patientinnen als zu ihrem Körper gehörig empfunden wird. Damit lassen sich Lebensqualität und Selbstwahrnehmung dieser Patientinnen trotz der zunächst verstümmelnden onkologischen Operation verbessern.

Multidisziplinäre Besprechung vor Therapiebeginn (Tumorboard)

Die chirurgische Exzision ist nach wie vor unverzichtbarer Bestandteil der Brustkrebsbehandlung. Dank den neoadjuvanten Therapiemöglichkeiten ist heute zum Glück eine konservativere chirurgische Behandlung möglich geworden. Trotzdem ist die Operation für die Patientinnen auch heute noch eine schmerzliche Erfahrung.

In den Genfer Universitätskliniken (HUG) wurde 2000 eine multidisziplinäre Besprechung, die sogenannte Concertation de Sénologie Pré-thérapeutique (COSP), mit Gynäkologen, Senologen, Radiologen, Onkologen, plastischen Chirurgen, Physiotherapeuten und Pflegefachpersonen eingerichtet. An diesem wöchentlichen Treffen werden sämtliche Patientinnen mit der Diagnose Brustkrebs vorgestellt, und das weitere Vorgehen wird mit allen anwesenden Spezialisten diskutiert. Schon bei dieser Gelegenheit wird die Brustrekonstruktion besprochen, sofern eine Mastektomie vorgesehen ist.

Da zahlreiche Studien gezeigt haben, dass eine sofortige Rekonstruktion onkologisch sicher ist, wird dies den Patientinnen so vorgeschlagen, ausser wenn eine postoperative Radiotherapie notwendig erscheint [3, 4]. In bestimmten Fällen, wenn nur eine Tumorektomie vorgesehen ist, wird auch eine Operation an der kontralateralen Brust zur Wiederherstellung der Symmetrie diskutiert.

Abbildung 1 illustriert, welchen Einfluss die Einführung dieser multidisziplinären prätherapeutischen Besprechung auf die Anzahl der Patientinnen mit Brustrekonstruktion an unserem Spital hatte. Es geht daraus auch hervor, dass dank häufigerer Mastektomie mit Erhaltung des Hautmantels bei mehr und mehr Patientinnen eine sofortige Brustrekonstruktion möglich ist.

Techniken der Brustrekonstruktion

Je nach Art der Mastektomie muss das Volumen der exziierten Brustdrüse, manchmal aber auch die umhüllende Haut wiederhergestellt werden, vor allem bei sekundärer Rekonstruktion. Zur Verfügung stehen technisch der Einsatz eines Implantats zum Volumenersatz oder ein Transfer von patienteneigenem Gewebe, womit zusätzlich auch Haut gewonnen werden kann.

Implantate

Die ersten Brustimplantate wurden in den 60er Jahren entwickelt. Die Methode ist rasch und bedingt keine zusätzliche Narbe. Die Prothese wird unter dem M. pectoralis major platziert und füllt das verlorene Brustvolumen soweit wieder auf, wie die Elastizität der Haut es erlaubt. Diese Technik kann nicht angewendet werden, wenn die Haut der Brust exziiert oder durch zu oberflächliche Exzision der Drüse oder Radiotherapie geschädigt ist. Auch der M. pectoralis major muss ganz erhalten sein, damit das Implantat möglichst gut abgedeckt werden kann. Gegen die untere Brustfalte hin wird er durch ein resorbierbares synthetisches Netz verlängert, um die Implantatloge zu vergrössern und gegen unten zu erweitern. Die Rekonstruktion mittels Implantat ergibt oft enttäuschende Resultate, da sie wegen der starken Fixierung der Prothese durch den Muskel an den Thorax unnatürlich wirkt. Überdies machen verschiedene kurz- und langfristige Komplikationen wie Infektion des Implantats, schmerzhaftes Kapselbündel um die Prothese herum oder Prothesenruptur oftmals mehrmalige weitere chirurgische Eingriffe im Lebensverlauf der Patientin nötig. Ist zu wenig Haut vorhanden, wird manchmal die Technik der Hautexpansion mittels eines unter dem Pectoralis platzierten Expanders verwendet. Im Lauf von 6–8 Wochen wird der Expander nach und nach durch Injektion einer Salzlösung durch ein Ventil aufgefüllt. Sind Muskel und Haut genügend gedehnt, wird in einem zweiten Eingriff die definitive Prothese eingesetzt. Es ist zu beachten, dass die gedehnten Gewebe dazu neigen, sich



Céline Thomet

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel deklariert.

nach Entfernung des Expanders wieder zusammenzuziehen, was rasch zu einer angespannten und harten Brust führt.

Lappenplastiken

Wenn die Patientin kein Fremdmaterial eingesetzt haben möchte, bietet sich die Alternative der Lappenplastik

mit körpereigenem Gewebe an, das zum Volumenersatz unter die Haut eingesetzt wird. Die Lappenplastik kommt ebenfalls zur Anwendung bei ungenügendem Hautmantel, wobei eine Hautspindel an der Oberfläche sichtbar bleibt. Der gestielte Latissimus-dorsi-Lappen sowie der freie abdominale DIEP-Lappen (Deep Inferior Epigastric Perforator) sind die beiden hauptsächlich verwendeten Lappen.

Der Latissimus-dorsi-Muskel-Hautlappen besteht aus einer Hautspindel, dem M. latissimus dorsi und, je nach Fall, dem Muskel anliegenden subkutanen Fett. Damit lassen sich Brüste mit kleinem Volumen rekonstruieren. Bei grösseren Brüsten muss zur Vervollständigung des Volumens zusätzlich eine Prothese eingesetzt werden. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass vaskularisiertes Gewebe rasch und sicher zugeführt wird und sich eine mikrochirurgische Intervention erübrigt. Allerdings bleibt bei dieser Methode eine sichtbare Narbe am Rücken zurück.

Beim abdominalen DIEP-Flap-Lappen wird am Abdomen subumbilikal eine grosse Ellipse aus Haut und Fettgewebe mit den tiefen inferioren epigastrischen Gefässen entnommen [5]. Diese Gefässe werden durch den M. rectus abdominis hindurch präpariert, abgesetzt und thorakal mit den Vasa thoracica interna reanastomosiert. Im Gegensatz zum TRAM-Lappen (Transverse Abdominal Musculocutaneous flap), dem «Vorgänger», bei dem der M. rectus abdominis ganz oder teilweise als vaskularisierter Stiel entnommen wird, wird der Muskel beim DIEP-Lappen geschont (Abb. 2). Dadurch lassen sich Komplikationen der TRAM-Methode an der Bauchwand wie Eventration vermeiden, und daher haben wir die TRAM-Methode 2000 in unserer Klinik endgültig aufgegeben.

Der Hauptvorteil der Rekonstruktion mittels DIEP liegt in den angenehmeren und natürlicheren Langzeitresultaten, ohne dass ein Implantat notwendig wäre. Ein weiterer Vorteil ist die einhergehende Bauchstraffung zum Verschluss des abdominalen Hebedefekts mit entsprechend gelegener Narbe (Abb. 3). Dagegen dauert der Eingriff länger, da eine minutiöse Gefässpräparation und eine mikrochirurgische Anastomosierung nötig sind. Das Risiko des Lappenverlusts wegen Throm-

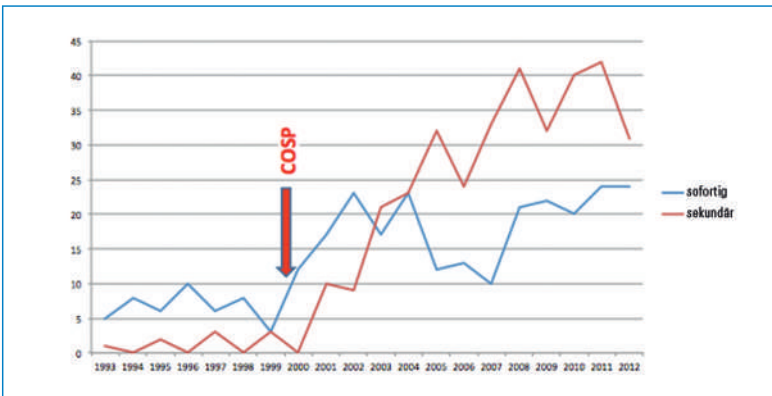


Abbildung 1
Darstellung der Zunahme der Brustrekonstruktionen, speziell der sofortigen Rekonstruktionen, seit Einführung der multidisziplinären Besprechungen im Jahr 2000.

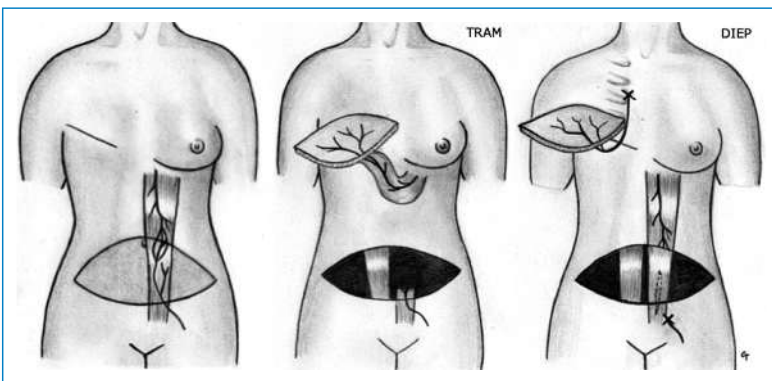


Abbildung 2
Schematische Darstellung der Brustrekonstruktionstechniken TRAM und DIEP.



Abbildung 3
Beispiel eines sofortigen Brustaufbaus mit freiem DIEP-Lappen bei einer Patientin mit Mastektomie unter Erhaltung der Haut.

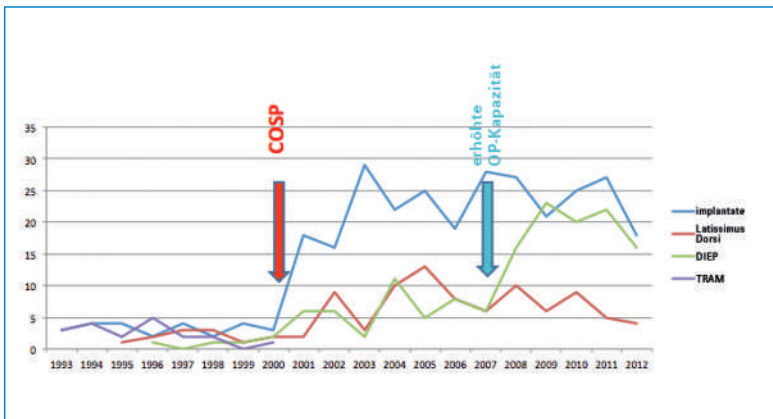



Abbildung 4

Darstellung des Einflusses der Einführung der COSP sowie der erhöhten OP-Kapazität für die Mammoplastik auf die Anzahl der Operationen mit verschiedenen Techniken.

bose der anastomosierten Gefässe ist gering und liegt in spezialisierten Zentren unter 2,5%.

Vorläufige Resultate einer in unserer Klinik laufenden Studie scheinen darauf hinzudeuten, dass Patientinnen, bei denen eine Rekonstruktion mittels Lappenplastik dieses Typs erfolgte, letztlich zufriedener sind als diejenigen mit einer Rekonstruktion mit Prothese oder mittels Latissimus-dorsi-Lappen, dies in Bezug auf ästhetisches Resultat, Symmetrie, Konsistenz und Sensibilität der wieder aufgebauten Brust, mit signifikantem Einfluss auf die Lebensqualität.

Die Zuteilung von mehr Kapazität im Operationssaal für die plastische Brustchirurgie seit 2008 ermöglicht es uns, den Bedürfnissen der Patientinnen besser zu entsprechen und Brustrekonstruktionen vermehrt nach DIEP vorzunehmen (Abb. 4 .

Schlussfolgerung

Wie die Erfahrung am HUG zeigt, kann dank der Einführung der multidisziplinären Besprechung vor Thera-

piebeginn die Brustrekonstruktion mehr Patientinnen zugänglich gemacht werden. Zudem besteht dadurch die Möglichkeit von gleichzeitiger Tumoroperation und Brustaufbau. Dieses Vorgehen vermindert anerkanntermassen die Belastung durch die Mastektomie und erleichtert die Akzeptanz der neu aufgebauten Brust.

Es ist daher wichtig, dass alle Patientinnen, bei denen eine chirurgische Tumorentfernung vorgenommen werden muss, von einem plastischen Chirurgen gesehen werden, der ihnen eine breite Auswahl an Rekonstruktionsmöglichkeiten anbieten kann, vor allem auch mit Eigengewebe. Eine Rekonstruktion muss ästhetisch befriedigen und sich angenehm anfühlen – andernfalls wird sie zum zusätzlichen Aggressor. Angesichts der steigenden Zahl von neu diagnostizierten Fällen bei immer jüngeren Patientinnen ist dies eine grosse Herausforderung.

Korrespondenz:

Dr. med. Céline Thomet
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH-1205 Genève
[celine.thomet\[at\]hcuge.ch](mailto:celine.thomet[at]hcuge.ch)

Literatur

- 1 Halsted W. The results of operations for the care of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins hospital from June, 1889, to January, 1894. *Ann Surg.* 1894;20(5):497–555.
- 2 Lomessy A under the supervision of Pittet-Cuénod B. History of autologous breast reconstruction after radical mastectomy, Travail de master, Faculté de Médecine, Genève, Suisse (2013).
- 3 Vlastos G, Elias B, Meyer O, Harder Y, Schäfer P, Pittet B. Mastectomie avec préservation cutanée et reconstruction immédiate. *Bull Cancer.* 2007;94(9):833–40.
- 4 Edström E, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast.* 2005;14(3):201–8.
- 5 Pittet B, Quinodoz P. Une nouvelle technique miro-chirurgicale de reconstruction du sein: le lambeau cutané abdominal basé sur les vaisseaux perforants (DIEP). *Med Hyg.* 2000;58:2587–90.