

Brustkrebs – die Rolle der plastischen Chirurgie

Reto Wettstein^a, Dominique Erni^b, Yves Harder^{c,d}, Ilario Fulco^{a,e,f}, Barbara Ling^{a,f}, Dirk J. Schaefer^a, Walter Weber^f, Martin Haug^{a,f}

^aDepartement für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel; ^bBrustzentrum Klinik St. Anna, Luzern; ^cDipartimento di Chirurgia, Servizio di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, Ospedale Regionale di Lugano, EOC, Lugano; ^dCentro di Senologia della Svizzera Italiana; ^eBelCare Praxis, Bahnhofstrasse, Aarau; ^fBrustzentrum, Universitätsspital Basel

Die Behandlung von malignen Prozessen ist exemplarisch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Fachrichtungen. Speziell bei Brustkrebspatientinnen steht die Symbolkraft der weiblichen Brust für die Integrität der Patientin, weshalb hier aufgrund der zunehmend hohen ästhetischen Erwartungshaltung die plastisch-rekonstruktive Chirurgie eine immer wichtigere Rolle spielt.

In den letzten Jahrzehnten haben sich einerseits die onkologische Chirurgie, andererseits die Möglichkeiten der plastisch-rekonstruktiven Brustchirurgie wesentlich verändert und verbessert, ohne dass die Entfernung des Brustkrebses respektive die lokale Kontrolle der Krankheit kompromittiert wird.

Bei den ablativen Verfahren zeigte sich seit den 1990er Jahren, dass mit weniger aggressiven Methoden, bei denen zuerst der Hautmantel ausgespart blieb («skin-sparing mastectomy») [1], dann die Inframammärfalte und der Mamillen-Areola-Komplex («nipple-sparing mastectomy»), die onkologischen Resultate bei korrekter Patientinnenselektion den radikaleren Operationen gleichwertig sind. Diese Verfahren bedingen jedoch eine Sofortrekonstruktion der Brust, da sonst die Vorteile durch die Geweberetraktion wegfallen. Das ästhetische Resultat der Rekonstruktion und somit das Wohlbefinden der Patientin konnten jedoch durch diese chirurgischen Entwicklungen mit Erhaltung der «Brusthülle» deutlich verbessert werden, so dass auch eine Mastektomie zu sehr ansehnlichen Ergebnissen führen kann.

Die sogenannte brusterhaltende Therapie (BET), bei welcher der Tumor mit einem Sicherheitsabstand entfernt wird und der Rest der Brustdrüse erhalten bleibt und bestrahlt wird, seit den 1970er Jahren angewandt, wurde vor gut zehn Jahren als onkologisch gleichwertige Behandlung in Bezug auf das Lokalrezidivrisiko und das Gesamtüberleben im Vergleich zur Mastektomie anerkannt [2]. Durch konsequentes Brustkrebs-Screening und die damit verbundene Früherkennung von Brusttumoren stellt die BET mit



rund 80% der Fälle das am häufigsten angewandte Verfahren im europäischen Raum dar.

Je nach Fall kann die Behandlung radikal oder falls ausführbar konservativ sein mit Erhaltung von möglichst viel Brustgewebe, um die Lebensqualität der Patientinnen zu verbessern. Die Entscheidung, ob eine BET oder eine Mastektomie durchgeführt wird, hängt neben den Möglichkeiten der Strahlen- und Chemotherapie und dem Wunsch der Patientin unter anderem von der Tumorart, der Lokalisation des Tumors innerhalb der Brust und in Relation zur Haut, zum Mamillen-Areola-Komplex und zur Inframammärfalte und vom Verhältnis der Tumorgrosse zur Brustgrösse ab.

Obwohl die BET chirurgisch weniger aggressiv ist als die bis vor wenigen Jahrzehnten durchgeführten radikalen Mastektomien, kann auch die BET zu relativ grossen Drüsen- und Weichteildefekten führen, welche unbehandelt in mutilierenden Verformungen der Brustdrüse mit Volumen- und Formasymmetrien enden können (Abb. 1).

Die onkoplastische Chirurgie wird als Kombination aus onkologischer und plastisch-rekonstruktiver



Reto Wettstein

Chirurgie definiert und ist die Weiterentwicklung der BET und sollte jeder Patientin, welche für diese Therapie in Frage kommt, angeboten werden können. Die Technik beinhaltet die Resektion eines Brusttumors kombiniert mit einer ästhetischen Operation mit dem Ziel der Remodellierung des verbleibenden Brustdrüsengewebes und Hautmantels, um so den

geschaffenen Gewebedefekt nach ausgedehnten Tumorektomien sofort mit möglichst geringen Vernarbungen wiederherzustellen. Hierbei kommen multiple Operationsverfahren zum Zuge, welche in den letzten Jahren in der rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgie entwickelt wurden (Abb. 2).

Idealerweise wird der plastische Chirurg im Rahmen der interdisziplinären Patientenbesprechung von Anfang an mit einbezogen, um so die Patientin vor dem onkologischen Eingriff über die rekonstruktiven Möglichkeiten und deren Einschränkungen zu informieren. Die zur Verfügung stehenden Operationstechniken können so einerseits an die gegebenen Voraussetzungen, d.h. Brustgrösse, -ptose und -gewicht, den Fettgewebssubstitutionsgrad sowie Risikofaktoren für postoperative Komplikationen, andererseits an die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin optimal angepasst werden. Hierbei ist es wichtig, dass der rekonstruktive Chirurg das gesamte Armamentarium der Brustwiederherstellung beherrscht und anbietet, um den Patientinnen eine freie Wahl des von ihnen bevorzugten Verfahrens zu garantieren. Die ästhetisch-rekonstruktiven Operationen reichen von kleinen Verschiebelappenplastiken über grössere Reduktionsplastiken bis hin zum freien Gewebettransfer oder alternativ die Rekonstruktion mit Prothesen.

Sowohl bei onkoplastischen Eingriffen wie auch bei Brustrekonstruktionen nach Mastektomie mit Prothesen und/oder Lappenplastiken können Kontourunregelmässigkeiten und Volumendefekte persistieren. Zur Korrektur steht mit der sogenannten Eigenfett-Gewebettransplantation eine relativ neue

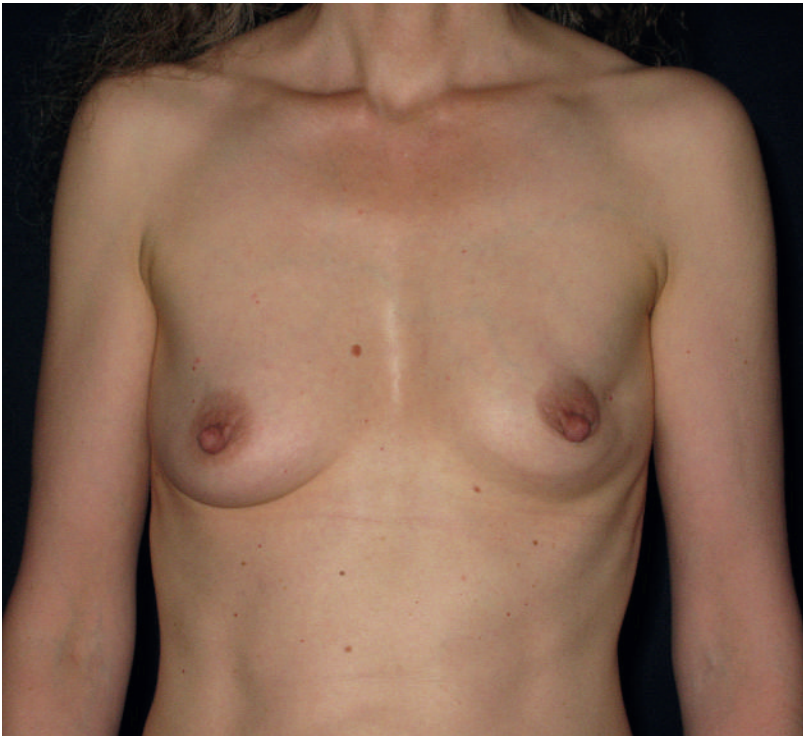


Abbildung 1: Beispiel für einen Zustand nach Tumorektomie der linken Brust lateral im oberen Quadranten ohne onkoplastische Massnahmen oder Angleichung der gesunden rechten Brust.



Abbildung 2: Beispiel nach onkoplastischem Eingriff mit Resektion des Mamillen-Areola-Komplexes (links) ohne Angleichung der gesunden linken Brust, welche initial von der Patientin nicht gewünscht wurde. Resultat 2 Wochen nach Rekonstruktion des Mamillen-Areola-Komplexes und angleichender Brustreduktion bei der gleichen Patientin (rechts).

Technik zur Verfügung. Hierbei wird Fettgewebe minimalinvasiv abgesaugt und nach entsprechender Aufarbeitung in den Bereich des Defektes infiltriert. Einschränkend muss hier gesagt sein, dass zurzeit noch nicht abschliessend beurteilt werden kann, ob die im Eigenfettgewebe vorhandenen Stammzellen, Cytokine und Wachstumsfaktoren keine negative Auswirkungen auf die lokoregionäre Rezidivrate haben und somit die onkologische Sicherheit des Verfahrens garantiert ist [3].

Zu einer adäquaten Beratung der Patientinnen gehört auch die Besprechung der Möglichkeiten der Angleichung des Volumens und der Form der gesunden kontralateralen Brust. Hierbei wird der Anspruch herbeigezogen, beide Brüste als ein einziges, symmetrisch angelegtes Organ zu betrachten. Je nach Voraussetzungen und individuellen Bedürfnissen kann hier eine Verkleinerung, Straffung oder sogar Vergrösserung der Brust das ästhetische Resultat und somit das psychische Wohlbefinden der Patientin verbessern. Diese Entwicklungen spiegeln sich im aktuellen Entscheid des Departements des Innern [4], welcher beinhaltet, dass die Grundversicherung neu auch Teilrekonstruktionen der Brust bezahlt. Gleichzeitig werden auch die Kosten übernommen, wenn die gesunde Brust verkleinert werden muss.

Die onkologische Sicherheit und das ästhetische Resultat gehen in der modernen Chirurgie der Brusttumore Hand in Hand. Ein interdisziplinäres Management von Brustkrebspatientinnen, bei dem die Kenntnis der onkologischen und klinischen Faktoren zur Wahl der optimalen Technik der Brustrekonstruktion führt, trägt wesentlich dazu bei, den heutzutage als Standard zu betrachtenden ästhetischen Ansprüchen gerecht zu werden, was wiederum wesentlich zur psychischen Genesung der für die Patientinnen sehr schwierigen Situation beiträgt.

Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Toth BA, Lappert P. Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. *Plast Reconstr. Surg* 1991;87:1048.
- 2 Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227.
- 3 Wettstein R, Ling B, Harder Y, Schaefer DJ. Eigenfettgewebetransplantation in die Brust – ja aber! *Forum Med Suisse* 2014;14:954.
- 4 <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=55591>.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Reto Wettstein
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
[reto.wettstein\[at\]usb.ch](mailto:reto.wettstein[at]usb.ch)