

Chirurgische Behandlung

QUADRANTENRESEKTION ODER TUMOREKTOMIE: BRUSTERHALTENDE BEHANDLUNGEN

Die Quadrantenresektion und die Tumorektomie sind inzwischen zu den massgeblichen Behandlungsmöglichkeiten für kleine Tumoren oder Operationen nach einer ersten Chemotherapie (neoadjuvante Chemotherapie) avanciert.

Die erstmals im Jahr 1981 veröffentlichte Mailänder Studie (und ihre Bestätigungen durch US-amerikanische Studien) und die Ergebnisse ihrer Nachverfolgung über 20 Jahre bestätigen, dass die Überlebensrate von mittels Quadrantenresektion oder Tumorektomie und Axillausräumung mit nachfolgender Bestrahlung behandelten Patientinnen sich nicht von derjenigen unterscheidet, bei denen die Patientinnen einer „radikalen“ Mastektomie nach Halstedt unterzogen wurden.

DIE «SKIN-SPARING MASTECTOMY» (SSM) UND DIE «SKIN- AND NIPPLE-SPARING MASTECTOMY» (SNM)

Obwohl heutzutage wesentlich mehr brusterhaltende chirurgische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, eignet sich die Mastektomie nach wie vor am ehesten für die Behandlung von grossen oder multizentrischen Tumoren, bei Rezidiven oder bei mittelgrossen Tumoren in kleinen Brüsten. In rund 25% aller Fälle ist die Mastektomie nach wie vor die gewählte Behandlung.

In bestimmten Fällen kann eine hautsparende Mastektomie («Skin-sparing Mastectomy», SSM) in Frage kommen. Wenn die Haut erhalten bleibt, lässt sich die Brust erfolgreicher rekonstruieren, ihre Form wirkt natürlicher und die Narben fallen diskreter aus. Häufig wird der Warzenhof wegen des mit einer Erhaltung verbundenen erhöhten Rezidivrisikos entfernt.

Der Warzenhof leistet aber einen massgeblichen Beitrag zum natürlichen Aussehen und der Wirkung der Brüste; seine Entfernung wird häufig als eine Art Verstümmelung eingestuft.

In bestimmten Fällen kann seine Erhaltung angestrebt werden («Skin- and nipple-sparing Mastectomy», SNM). In manchen Fällen geht dieser Ansatz mit einer intraoperativen Strahlentherapie (IORT, vgl. S. 23) einher.

CHIRURGISCHE EINGRIFFE IN DER ACHSELHÖHLE

Die Axillaausräumung

Die Frage, ob es sich um eine nodalpositive (mit Befall der Lymphknoten) oder nodalnegative (ohne Befall der Lymphknoten) Brustkrebskrankung handelt, stellt einen wichtigen Prognosefaktor mit grossem Einfluss auf den Behandlungsentscheid dar. Bis zur Validierung der Sentinel-Lymphknoten-Technik stellte die Axillaausräumung die Regel dar. Eine Axillaausräumung wird immer dann vorgenommen, wenn die Lymphknoten klinisch befallen sind oder wenn eine Metastase des Sentinel-Lymphknotens vorliegt (wobei dieser letztere Fall umstritten ist). Dieses Verfahren besteht aus einer infra- und retropektoralen Lymphadenektomie.

Es gilt als erwiesen, dass die Dissektion der Lymphknoten auf Ebene I und II ausreicht und nützliche Informationen zur Unterstützung der systemischen Behandlung liefert. Mit dem Verzicht auf eine Dissektion auf Ebene III lässt sich die Anzahl und Heftigkeit der Lymphödeme der oberen Gliedmassen (Oberarme) verringern.

Bei Axillaausräumungen auftretende Komplikationen wie angeschwollene Oberarme, Schmerzen oder auch Parästhesien unterschiedlicher Intensität treten in rund 25% der Fälle auf.

Der Sentinel-Lymphknoten (Wächter-Lymphknoten)

Seit den 1990-er Jahren hat sich die Biopsie des Wächter-Lymphknoten zur massgeblichen Behandlung in der Stadienbestimmung (Staging) der Achselhöhle entwickelt. Hierbei geht es darum, den ersten Filter einer potenziellen Metastase zu identifizieren.

Ein Marker (Tc99, selten ein Farbstoff mit dem Namen Blue Dye) wird einige Stunden vor dem Eingriff rund um den Tumor und die Brustwarze injiziert. In der Folge migriert er über die Lymphgefässe zum ersten Lymphknoten im Abflussgebiet des Primärtumors. Der/die somit radioaktiven Lymphknoten werden mit einem Geigerzähler geortet, entfernt und intraoperativ durch den Pathologen analysiert.

Wenn der Wächter-Lymphknoten keine Metastasen aufweist, ist mit einer Fehlerquote von 6-12% davon auszugehen, dass die übrigen Lymphknoten in der Achselhöhle ebenfalls keine Metastasen aufweisen.

Die Prognose anhand von Wächter-Lymphknoten wurde dank der im Vergleich zur Axillaausräumung eingehenden pathologischen Analysen verbessert.

Diese Methode ist für die Patientinnen wesentlich vorteilhafter, da Komplikationen wie Parästhesien und Lymphödeme der Arme seltener auftreten (5% aller Fälle gegenüber 25% der Fälle bei Axillaausräumungen).

Derzeit hat sich diese Methode bei grossen Tumoren, multifokalen Tumoren sowie in bestimmten Fällen mit neoadjuvanter Chemotherapie bewährt. Bei multizentrischen Krebserkrankungen scheiden sich die Meinungen zu ihrer Nützlichkeit. Bei lokal fortgeschrittenen Neoplasien oder klinischem Befall der Achselhöhle ist dagegen auf die Wächter-Lymphknoten-Technik zu verzichten und eine Axilladisektion durchzuführen.

Ob eine Axilladisektion auch bei einer SLN-Metastase angebracht ist, steht zur Debatte.

Bei Vorliegen einzelner isolierter Tumorzellen oder bei Mikrometastasen (0,2 mm bis 2 mm) wird eine Axilladisektion empfohlen.

Bei einem Befall von über 2 mm Grösse (Makrometastase) sind die Experten unterschiedlicher Meinung:

- Empfehlungen zum Verzicht auf die Axillaausräumung gehen davon aus, dass ein Axillarezidiv selten auftritt (>1%), dass chirurgische Eingriffe nicht kurativer Art sind und dass die entsprechenden Studien keine grössere Überlebensrate für eine vollständige Axilladisektion nachweisen. Der biologische Phänotyp des Tumors gilt als wesentlich wichtigerer Prognosefaktor.
- Die Befürworter der Axilladisektion bei Makrometastasen führen dagegen an, dass die Wahl der systemischen Behandlung anders ausfallen könnte, wenn die Anzahl der befallenen Lymphknoten bekannt ist.