



Pro und Kontra der primären Brustrekonstruktion heute

Bei etwa einem Viertel der Patientinnen, bei denen ein Mammakarzinom diagnostiziert wird, muss im Rahmen der Therapie die Brust entfernt werden. Für die Entscheidung, ob die Brustrekonstruktion sofort oder später durchgeführt wird, gibt es unterschiedliche Argumente. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Diskussion.

Einleitung

Das Mammakarzinom ist nach wie vor die am häufigsten diagnostizierte Krebserkrankung der Frau in der Schweiz. Obwohl die Brusterhaltung das Ziel der modernen Brustkrebstherapie ist, muss in 25–30% aller Fälle die Brust entfernt werden. Hinzu kommen heute die Patientinnen, bei denen aufgrund eines erhöhten genetischen Risikos eine risikoreduzierende Mastektomie erwogen wird.

Bei diesen Frauen stellt sich grundsätzlich die Frage nach einer Brustrekonstruktion und damit auch nach dem Zeitpunkt (primär/sofort oder sekundär/spät) und der Art (Eigengewebe oder Implantat) der Rekonstruktion.

Da es nur wenig klare Kontraindikationen für eine Brustrekonstruktion (primär), wie z.B. das inflammatorische Mammakarzinom und wesentliche medizinische Vorerkrankungen mit entsprechend hohem perioperativem Risiko, gibt, steht der Patientenwunsch am Anfang der Entscheidungsfindung. Damit die Patientin diese Frage für sich beantworten kann, muss sie zwingend die Vor- und Nachteile von Zeitpunkt und Rekonstruktionsverfahren von einem Fachmann aufgezeigt bekommen und verstehen.

Im Folgenden wollen wir insbesondere die Argumente für und gegen die Primärrekonstruktion diskutieren. Auf den Unterschied der verschiedenen Rekonstruktionsverfahren gehen wir hierbei nur am Rande ein, auch wenn alles zusammen letztendlich für die Entscheidungsfindung der Patientin notwendig ist.

Um den Entscheidungsprozess für sich selbst und die Patienten abzustützen, las-

sen sich in der Literatur grundsätzlich zahlreiche Argumente für und gegen die Sofortrekonstruktion finden und die Qualität der Arbeiten ist – bis auf wenige Ausnahmen – schlecht. Beeindruckend ist auch, dass die Ergebnisse der Arbeiten teilweise komplett gegenläufig sind und damit die Entscheidungsfindung nicht erleichtert wird. Im Folgenden möchten wir auf die verschiedenen Pro- und Contra-Argumente aus unserer Sicht eingehen.

Argumente gegen die Sofortrekonstruktion

Die Notwendigkeit der adjuvanten Radiotherapie verschlechtert das Langzeitergebnis der Brustrekonstruktion und erhöht das Risiko für Komplikationen während der Bestrahlung.

Die Indikationsstellung der adjuvanten Strahlentherapie trotz Mastektomie hat sich in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet und hat damit diesem Argument scheinbar nochmals mehr Gewicht verliehen. Zahlreiche Studien zeigen zwar einen gewissen Einfluss der Bestrahlung auf das Eigengewebe im Sinne einer Fibrose, einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Ergebnis hat dies jedoch auch im Langzeitverlauf nicht. Bezüglich der Komplikationsraten ist die Datenlage hingegen verwirrender. Aus eigener Erfahrung können wir postulieren, dass das perioperative Risiko bei der Implantat-basierten Rekonstruktion oder bei der Verwendung von Expandern mit anschließender Bestrahlung deutlich erhöht ist. Richtig ist, dass es langfristig sowohl bei der Eigengewebsrekonstruktion als auch bei der Verwendung von Implantaten mit postopera-

KEYPOINTS

- Für die Entscheidungsfindung bei einer Brustrekonstruktion sind entsprechende Aufklärungsressourcen notwendig (zeitliche Trennung von Gesprächen über Resektion und Rekonstruktion).
- Haut- und Nippel-sparende Mastektomieverfahren sind heute Standard. In Kombination mit Eigengewebsrekonstruktionsverfahren können so für Frauen die besten Ergebnisse erzielt werden.
- Komplikationen nach Sofortrekonstruktionen, die den Beginn einer adjuvanten Therapie massgeblich verzögern, sind selten.
- Die adjuvante Radiotherapie stellt nur eine relative Kontraindikation für eine Primärrekonstruktion dar, insbesondere in Zusammenhang mit Eigengewebsrekonstruktionen.
- Ressourcen und Organisation sollten nicht die Entscheidung des Rekonstruktionsverfahrens beeinflussen.

tiv notwendiger Bestrahlung zu erheblichen Veränderungen kommt, wobei die Kapselkontraktur klinisch relevanter erscheint und deutlich häufiger zu Reoperationen führt als die Fibrose.

Eine mögliche Verzögerung der notwendigen adjuvanten Behandlung durch Komplikationen, die im Rahmen einer Primärrekonstruktion entstehen, kann



Abb. 1: Primärrekonstruktion Skinsparing mit Eigengewebe

letztendlich die Prognose der Patientinnen negativ beeinflussen.

Auch hier bietet die Literatur wenig greifbare Daten. Klar ist, dass die adjuvante Behandlung innerhalb von 4 bis 6 Wochen, spätestens nach 3 Monaten begonnen werden sollte. Das Komplikationsrisiko in sogenannten High-Volume-Brustzentren mit entsprechender Erfahrung in der Indikationsstellung (Ausschluss von Übergewicht, Raucher, grosse, ptotische Brust) sowohl in der Rekonstruktion als auch in den modernen Verfahren der Haut- und Nippel-erhaltenden Resektionsverfahren ist gering und damit ist die Verzögerung

der adjuvanten Therapie in wenigen Einzelfällen in unseren Augen vertretbar. Eine Verzögerung in Einzelfällen kommt allerdings auch aus eigener Erfahrung vor.

Eine Sofortrekonstruktion erhöht sowohl die Dauer als auch die Komplexität des kombinierten Eingriffs, ebenso besteht die Notwendigkeit einer Koordination verschiedener Disziplinen und OP-Ressourcen.

Was heisst das? Die Komplexität von Ablauf und Organisation eines solchen Eingriffs sollte die Patientin in keiner Weise beeinflussen, da es unsere Aufgabe ist,

diesen Ablauf ohne Belastung der Patientin zu gewährleisten. Zentren mit viel Erfahrung führen diese Eingriffe heute als Same-Day-Surgery in 1–2 Stunden bei Implantat-basierten Rekonstruktionen und in 3–5 Stunden bei Rekonstruktionen mit autologem Gewebe durch und die Patientinnen gehen direkt auf die Normalstation, werden am 1. postoperativen Tag mobilisiert und verlassen das Spital nach 3–6 Tagen.

Frauen, die im Rahmen der Brustentfernung eine Rekonstruktion erhalten, fehlt die Erfahrung der «Brustlosigkeit», wodurch die Zufriedenheit mit der rekonstruierten Brust schlechter wird.

Dieser Aussage müssen wir zustimmen. Frauen, die das Trauma einer Phase der Brustlosigkeit erlebt haben, sind mit der rekonstruierten Brust tendenziell zufriedener. Trotzdem denken wir, dass es unsere Aufgabe ist, genau dieses Trauma der Brustlosigkeit zu vermeiden und im Rahmen der Aufklärung die Erwartungshaltung der Patientin auf die richtige Ebene zu bringen. Kontakt zu Patientinnen, die bereits eine Rekonstruktion erhalten haben, kann hierbei hilfreich sein.

Patientinnen sind mit der Entscheidung über eine mögliche Sofortrekonstruktion am Anfang überfordert.

Dies ist für Patientinnen am Anfang sicher schwierig. Daher versuchen wir, den Zeitpunkt des Gespräches über eine mögliche Rekonstruktion nicht auf den gleichen Tag zu legen, an dem die Diagnose und Empfehlung einer Mastektomie mitgeteilt wurden.

Hier kommt klar der Vorteil einer Trennung des onkologisch operierenden Teams vom rekonstruierenden Team zum Tragen. In der Regel bekommen die Patientinnen bei uns 2 Termine zur Besprechung der Rekonstruktion mit mindestens 45 Minuten Besprechungszeit im Abstand von einer Woche. Die Beratung findet in Anwesenheit einer Clinical Nurse/Breast Care Nurse statt, die für Rückfragen später für die Patientin erreichbar ist.



Abb. 2: Frühergebnis nach Primärrekonstruktion Nippelsparing mit Eigengewebe

Argumente für die Sofortrekonstruktion

Für eine Primärrekonstruktion werden ebenfalls verschiedene Argumente ins Feld geführt.

In Kombination mit modernen Haut-/Nippel-sparenden Verfahren kann man die besten Ergebnisse erzielen (Abb. 1 und 2).

Dies ist aus unserer Sicht heute das entscheidende Argument für eine primäre Rekonstruktion. Insbesondere in Kombination mit Eigengewebsrekonstruktions-

verfahren lassen sich so für die Frauen Ergebnisse erzielen, die bezüglich Ästhetik, Wahrnehmung, Sensibilität und Langzeitverhalten sehr nah am «Original» sind. Aber auch bei Implantat-basierten Rekonstruktionen, kombiniert mit einer zusätzlichen Membran in Form eines «mesh» oder einer azellulären dermalen Matrix (ADM), lassen sich hier gute kosmetische Ergebnisse erzielen. Diese Haut-/Nippel-sparenden Verfahren können nur sinnvoll im Rahmen einer Primärrekonstruktion zur Anwendung kommen, da sonst der erhaltene Hautmantel durch Schrumpfen verloren ginge.

Patientinnen müssen nicht das Trauma der Brustlosigkeit erleben.

Die Vor- und Nachteile dieser Situation wurden oben im Artikel bereits ausführlich erwähnt. Verschiedene Studien konnten klar aufzeigen, dass Frauen nach Entfernung ihrer Brust und erhaltener Sofortrekonstruktion ein deutlich besseres Körperbild aufweisen und ebenfalls in puncto sexuellem Selbstbewusstsein und gefühlter Lebensqualität deutlich besser abschneiden. Aus diesem Grund sollten wir Frauen nicht erst einem Trauma aussetzen, nur um ihnen später deutlicher demonstrieren zu können, wie viel besser es ihnen mit einer Brustrekonstruktion geht.

Im Rahmen einer Sofortrekonstruktion muss die Patientin nur einmal operiert werden.

Dies ist sicherlich das schwächste Argument für das Verfahren einer primären Rekonstruktion. Nach Ausheilung müssen auch bei dieser Rekonstruktionsform häufig noch Volumen- oder Form-korrigierende Eingriffe durchgeführt werden. Allerdings handelt es sich dabei in der Regel nur um umschriebene kleinere Eingriffe und die Patientin hat tatsächlich mit der Mastektomie und Direktrekonstruktion den grössten Schritt bereits hinter sich. ■

Autoren:

Dr. med. **Abdul R. Jandali**

Chefarzt

Dr. med. **Florian Jung**

Chefarzt-Stv.

Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie

Kantonsspital Winterthur

Korrespondenz:

E-Mail: abdulrahman.jandali@ksw.ch

■151218

Literatur:

bei den Verfassern