

## Tumorektomie oder Mastektomie?

### Kurzfassung

1. Patientinnen mit einem Mammakarzinom ist grundsätzlich die brusterhaltende Chirurgie gefolgt von Radiotherapie zu empfehlen ausser den unter 2. erwähnten Kontraindikationen
2. Kontraindikationen der brusterhaltenden Therapie sind:
  - Multizentrität des Tumors, d.h. Tumor in mehreren Quadranten;
  - tumorbefallene Schnittränder trotz Nachresektionen;
  - nach Tumorektomie, sofern nach Reexzision im gleichen Eingriff eine kosmetisch akzeptable Brusterhaltung nicht möglich ist;
  - voraussehbar unbefriedigendes kosmetisches Resultat als Folge eines ungünstigen Verhältnisses zwischen Tumorgrosse und Brustvolumen;
  - die postoperative Radiotherapie wird von der Patientin abgelehnt oder ist nach Rücksprache mit dem Radioonkologen nicht möglich;
  - der klare Wunsch der Patientin nach Mastektomie;
  - Rezidiv in bestrahlter Brust
3. Keine Kontraindikation für eine brusterhaltende Therapie sind:
  - zentral liegende (retromamilläre) Tumoren, z.B. M. Paget;
  - Tumorbefall der axillären Lymphknoten;
  - Brustimplantate
  - extensive intraduktale Komponente (EIC);
  - Tumorgrosse;
  - höheres Alter der Patientin.
4. Folgende Empfehlungen sind für ein optimales klinisches und kosmetisches Resultat zu beachten:
  - nicht palpable Karzinome müssen präoperativ lokalisiert werden.
  - die Schnittführung erfolgt über dem Tumor.
  - radiäre Inzisionen der Haut sollten möglichst vermieden werden.
  - Die Inzisionen zur Entfernung des Primärtumors und für die Axilladisektion sollten durch getrennte Zugänge durchgeführt werden, ausser wenn beide Schnittführungen anatomisch übereinstimmen, kosmetisch vertretbar sind und eine übersichtliche Operation beider Strukturen (Primärtumor und Axilla) ermöglichen
  - Die Entfernung des Brustdrüsengewebes mit dem Tumor erfolgt radiär entsprechend dem Verlauf der Milchgänge in einem einzigen Gewebeblock.
  - Um die topographische Orientierung für den Pathologen (und den Operateur) zu erleichtern, muss das Exzusat mit Fäden oder Clips markiert werden. Eine Entfernung der Haut ist, ausser bei Verdacht auf Infiltration, nicht notwendig.
  - Tumorbefallene Schnittränder müssen nachreseziert werden.
  - Bei nicht palpablen, kleinen Läsionen muss intraoperativ mittels Präparateradiographie der Nachweis erbracht werden, dass die Läsion vollständig entfernt worden ist.

5. Eine Mastektomie kommt in Frage, wenn eine brusterhaltende Therapie nicht möglich oder unerwünscht ist.

Eine einfache Mastektomie (ohne Axilladisektion) kommt nur in Frage, wenn das histologische Staging der Axilla keine therapeutischen Konsequenzen hat und wenn klinisch kein Verdacht auf Tumorbefall der axillären Lymphknoten besteht.

Patientinnen sollten vor der Mastektomie auf die Rekonstruktionsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Die Rekonstruktionsmöglichkeiten sollten mit der Patientin besprochen werden.

6. Die objektive Aufklärung der Patientin über die Vor- und Nachteile aller Methoden durch den behandelnden Arzt muss dem Entscheid zwischen Brusterhaltung oder Mastektomie vorausgehen.

Die Körperform wird durch die brusterhaltende Therapie weniger gestört als durch die Mastektomie, und weniger Frauen empfinden körperliche und sexuelle Veränderungen.

Es gibt jedoch keine Evidenz, dass sich die psychologische Morbidität der Frauen oder ihre Gesamtlebensqualität nach brusterhaltender Therapie oder Mastektomie unterscheiden.

Gewöhnlich genügt eine einzelne Besprechung nicht, um die für eine Entscheidung notwendigen Informationen zu verarbeiten.

Es sollte der Patientin zugestanden werden, eine zweite Meinung einzuholen.