

Operatives Management des Mammakarzinoms – Update 2021

B. Schäfer, F. Riedel, M. Golatta, A. Hennigs, J. Heil

Die Erfolge in der Behandlung des frühen Mammakarzinoms, die zu einer Gesamt-5-Jahresüberlebensrate der Patientinnen von über 90 % über alle Stadien hinweg geführt haben, gehen auf immer stärker personalisierte, an der Tumorbilogie orientierende Therapieoptionen und die Behandlungsplanung in einem multidisziplinären Setting zurück [1]. Dabei kommt der operativen Therapie der Brust und Axilla nach wie vor eine Schlüsselrolle zu. Um hierbei bestmögliche Ergebnisse zu erzielen, ist es wichtig, dass der Brustoperator bzw. die -operatorin nicht nur über eine umfassende operative Expertise, sondern auch über fundierte Kenntnisse der diagnostischen, system- und radiotherapeutischen onkologischen Behandlungsschritte vor und nach der Operation verfügt. Dies ist unter anderem deshalb wichtig, um eine möglichst effektive Abfolge des komplexen Behandlungsprozesses ohne relevante Therapieverzögerungen zu gewährleisten. Dem Operator bzw. der Operatorin muss es gelingen, eine maximale onkologische Sicherheit bei gleichzeitig möglichst geringer Morbidität und einem für die Patientin zufriedenstellenden ästhetischen Outcome zu erreichen. In der Praxis bedeutet dies, dass mit der geringstmöglichen Invasivität operiert werden sollte, die eine onkologisch sichere Resektion des Tumors erlaubt. Beispiele für die angestrebte geringere Invasivität des operativen Prozederes sind brusterhaltende, teilweise onkoplastische Operationsverfahren, die Integration von Ansprechmustern in die Operationsplanung nach neoadjuvanter Chemotherapie (NACT) sowie die Durchführung von möglichst gezielten, fokussierten axillären Eingriffen zur Lymphknotenresektion [2, 3].

Prätherapeutische Diagnostik

Lokale Ausbreitungsdiagnostik

Eine sorgfältige lokale Ausbreitungsdiagnostik ist der Grundstein einer erfolgreichen operativen Therapie. Hierzu gehören neben der klinischen Untersuchung die Mammasonographie und die Mammographie. Zusätzlich sollte auch eine Tomosynthese in zumindest einer Ebene durchgeführt werden. Um die Strahlenbelastung möglichst gering zu halten, kann eine 2D-Rekonstruktion der Tomosynthese die Standardmammographie in derselben Ebene ersetzen [4, 5]. Eine präoperative Mamma-MRT-Untersuchung sollte mit entsprechender Indikation bei diagnostischer Unsicherheit nach Durchführung von Mammographie bzw. -sonographie eingesetzt werden; eine Reduktion der Nachresektionsrate, lokalen Rezidivraten oder sogar eine Verbesserung des Gesamtüberlebens ließen sich bisher nicht zeigen. Sie sollte jedoch erwogen werden bei hohem

familiärem Risiko oder eingeschränkter Beurteilbarkeit in Mammographie und Ultraschall (z. B. häufig bei invasiv-lobulärem Karzinom) [6]. Bildgebend suspekte Befunde müssen durch eine sonographisch-geführte oder stereotaktische Biopsie abgeklärt werden. Eine Clipmarkierung des gesicherten Befundes sollte insbesondere dann erfolgen, wenn eine NACT folgt oder der Befund schwer abgrenzbar ist (z. B. auch bei kleinen Tumoren) [7].

Operatives Management der Axilla

Die Axilla muss prätherapeutisch gründlich klinisch und bildgebend (Axilla-Sonographie, Mammographie mit bestmöglicher Abdeckung der Axilla) untersucht werden, um Sensitivität und Spezifität der Methode zu optimieren. Suspekte Lymphknoten müssen prätherapeutisch stanziobiopsisch gesichert werden, eine Clipmarkierung nach Biopsie sollte ebenso erfolgen.

Mittel der Wahl des axillären Stagings bei sonographisch unauffälligen Lymphknoten und primärem, invasivem Mammakarzinom (außer beim inflammatorischen Mammakarzinom) ist die Sentinel-Lymphknoten-Dissektion (SLND). Bei DCIS sollte die SLNE nur i. R. einer Mastektomie, nicht aber bei BET durchgeführt werden. Ist die Patientin bereits an der ipsilateralen Brust bzw. Axilla voroperiert, sollte im Einzelfall abgewogen werden, ob eine SLNE durchgeführt wird. Standardmäßig erfolgt die szintigraphische Markierung des SLN mit [99mTc]-Technetium-Rheniumsulfid-Kolloid, eine zusätzliche Blaumar-kierung ist in der Regel nicht erforderlich [8, 9].

Wird bei einer Patientin eine NACT indiziert, ist für das operative Prozedere in der Axilla der klinisch/bildgebende Lymphknotenstatus vor bzw. des Response nach der NACT entscheidend. Bei initial und post