

# Brustkrebs

## Von der Diagnosestellung bis zum Wiederaufbau

Dr. med. Yves Harder, Dr. med. Badwi Elias,  
Dr. med. Reto Wettstein, Prof. Brigitte Pittet

Brustkrebs (Mammakarzinom) ist bei Frauen die weitaus häufigste Krebserkrankung – und die Zahl der Erkrankungen steigt kontinuierlich an. Weltweit sterben jährlich über 700 000 Frauen an Brustkrebs. Knapp 10% aller Frauen erkranken an dieser Krebsart. Die höchste Brustkrebsrate wird bei Frauen zwischen dem 40.–50.– sowie zwischen dem 60.–70. Lebensjahr festgestellt.

**U**nter Brustkrebs versteht man eine bösartige Geschwulst, die ihren Ursprung in der Brustdrüse hat. Regelmässige Selbstuntersuchung sowie eine systematische Mammographie (Röntgen der Brust) beim Arzt helfen eventuelle Veränderungen rechtzeitig festzustellen. Tast- oder sichtbare Veränderungen der Brust sollten so schnell wie möglich abgeklärt werden.

Früherkennungs (Screening)-Programme, die Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr systematisch erfassen, haben sich bewährt. In Regionen, die diese organisierte Vorsorgeuntersuchung anbieten, konnte die Brustkrebssterbeziffer in den letzten 10 Jahren bei Frauen im Alter zwischen 55 und 74 Jahren um 35%–50% gesenkt werden. Die Mammografie ist die wichtigste und zuverlässigste Früherkennungs-Massnahme für Brustkrebs. Diese Untersuchung ermöglicht es, bereits wenige Millimeter grosse Geschwulste zu erkennen, die sich noch im Frühstadium befinden. Damit bestehen oftmals gute Prognosen für das langfristige Krankheitsüberleben. Zeigen die Selbstuntersuchung oder die Mammographie Unre-

gelmässigkeiten auf, werden Gewebeproben (Biopsie) der Brustdrüse entnommen. Dies erlaubt bösartige Krebstumoren von gutartigen Veränderungen der Brustdrüse zu unterscheiden.

Nach Bestätigung der Krebsdiagnose folgen weitere Untersuchungen zum Ausschluss von Streuherden (Metastasen) bzw. zur Festlegung des Ausmasses der Krankheit (Krankheitsstadium). Von Fall zu Fall verschieden werden hierzu bildgebende Verfahren, wie z.B. Ultraschall, Röntgen, Knochenszintigraphie oder Computertomographie durchgeführt. Da sich erste Metastasen häufig in den Lymphknoten der Achselhöhlen bilden, kann eine sogenannte Sentinel-(Wachposten)-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt werden.

Die Behandlung richtet sich nach dem in den oben genannten Untersuchungen festgestellten Stadium der Krankheit, d.h. nach der Grösse und Art der Geschwulst, nach eventuell vorhandenen Metastasen (z.B. in Lymphknoten der Achselhöhlen oder in brustfernen Organen) und nach dem Krankheitsverlauf. Idealerweise werden die Erkrankungen der Patientinnen in so genannten multidisziplinären Konferenzen diskutiert, um eine individuelle und optimale «Behandlungsstrategie» festzulegen. An diesen Konferenzen nehmen u.a. Teil: Gynäkologen oder Senologen, Pathologen, medizinische Onkologen (medikamentöse Behandlung), Radioonkologen (Strahlentherapie) und Plastische Chirurgen zur Wiederherstellung der Brust. Oft ist eine kombinierte Behandlung notwendig. Diese kann aus folgenden Modalitäten bestehen: Systemisch wirkende, zelltötende Chemotherapie vor und/oder nach einer Operation, hormongesteuerte Therapie oder lokal angewendete Bestrahlungstherapie (Radiotherapie). Grundsätzlich muss immer angestrebt werden, die Geschwulst chirurgisch vollständig zu entfernen, d.h. der Tumor muss einschliesslich des angrenzenden gesunden Gewebes reseziert werden. Oft ist es nötig, angrenzende Lymphknoten in der Achselhöhle mitzuentfernen.

Heute gilt die brusterhaltende Therapie als etablierte Methode für wenig fortgeschrittene Brustkrebse. Dabei ist es nicht notwendig, die ganze Brust und den Hautmantel zu entfernen. In gewissen Fällen besteht jedoch die Indikation zur kompletten Brustdrüsenentfernung. Dies betrifft v.a. Patientinnen mit grösseren Tumoren, mehrfachem Befall einer Brust, Vorliegen des «Brustkrebsgenes» oder Kontraindikation für Strahlentherapie. Die Brust kann hierbei entweder mitsamt der darüber liegenden Haut (Mastektomie) oder als hautsparende Mastektomie («Skin Sparing Mastectomy») entfernt werden. Letztere geschieht unter Erhalt des Hautmantels, wobei der Brustwarzen- und Hofkomplex und die gesamte Brustdrüse entfernt werden. Diese Technik bedingt jedoch einen sofortigen Wiederaufbau der Brust, um den erhaltenen Hautmantel erneut zu «füllen» (Abb. 1). Unabhängig ob der Wiederaufbau sofort oder verzögert erfolgt, er muss von den Krankenkassen übernommen werden, denn er ist Teil der umfassenden Behandlung beim Brustkrebs.





Abb. 1. 57-jährige Patientin vor hautsparender Mastektomie der rechten Brust (linkes Bild). 13 Monate nach sofortigem Wiederaufbau der rechten Brust mittels Silikonprothese und symmetrisierender Brustvergrößerung links. Der Brustwarzen-Hofkomplex rechts wurde 3 Monate später rekonstruiert (rechtes Bild).

Zum Wiederaufbau der Brust gibt es grundsätzlich drei Möglichkeiten:

1. Silikonprothese
2. Eigengewebe oder
3. Kombination aus Silikonprothese und Eigengewebe.

Die silikongefüllten Prothesen werden direkt unter die Haut oder besser unter den Brustmuskel eingebracht. Mögliche langfristige Komplikationen dieser Implantate wie z.B. Faltenbildung, Asymmetrie und Kapselbildung um die Prothese können deren Austausch notwendig machen, v.a. wenn zuvor die rekonstruierte Brust bestrahlt werden musste.

Der Wiederaufbau mittels Eigengewebe wird häufig mit Weichteilen vom Rücken (Latissimus Dorsi-Hautmuskel-lappen) durchgeführt. Aufgrund des oft ungenügenden Brustvolumens ist jedoch häufig zusätzlich die Einlage einer Silikonprothese notwendig. Allerdings haben die Implantate auch hier die o.g. Nachteile.

Wenn in der Bauchregion ausreichend Haut- und Fettgewebe vorliegen, kann der Wiederaufbau damit durchgeführt werden. Diese Art des Wiederaufbaus bietet viele Vorteile: Silikonprothesen können vermieden werden, das transferierte Gewebe ist weich und modellierbar, kann jedoch größeren Gewichtsschwankungen unterliegen. Diese Art des Wiederaufbaus kann unter Mitnahme des Bauchmuskels erfolgen (TRAM; Transverse Rectus Abdominis Muscle-Lappen), oder aber unter vollständiger Schonung der Bauchmuskulatur (DIEP; Deep Inferior Epigastric Perforator-Lappen), welche eine Schwächung der Bauchwand verhindert. Die Erhaltung des Bauchmuskels führt allerdings zu einer längeren Operationsdauer aufgrund des technisch aufwändigeren Eingriffes (u.a. mikroskopisch unterstützte Gefäßnaht vom Lappen an die Empfängergefäße im Bereiche des Brustbeines). Trotz einer längeren Eingriffsdauer empfehlen wir diese muskular-schonende Operationsmethode, bei der der Bauch zusätzlich gestrafft wird.

Das vermeintliche lokale Wiederauftreten der Erkrankung rechtfertigt heute eine Verzögerung des Wiederaufbaus der Brust nicht mehr. Daher wird der technisch einfacher durchführbare, für die Patientin häufig mit psychologischem Gewinn verbundene sofortige Wiederaufbau wenn möglich angestrebt (Abb. 2). Bei allen oben erwähnten Methoden wird der Brustwarzen- und Hofkomplex in der Regel nach einigen Monaten in einer 2. Operation unter örtlicher Betäubung rekonstruiert.

Sollte die Behandlung eines Krebsbefundes eine ausgeprägte Asymmetrie der Brüste zur Folge haben, ist nach unserer Ansicht die heutige Methode der Wahl die möglichst hautsparende Entfernung der Brustdrüse und gleichzeitiger Wiederaufbau mit Eigengewebe. Voraussetzung dafür ist selbstverständlich die onkologische Sicherheit, ein Konsens unter den einbezogenen Spezialisten und natürlich der Wunsch der Patientin.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Yves Harder

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie

24, Rue Micheli-Du-Crest

CH-1211 Genf 14

Tel.: +41 (0) 22 372 80 12

Fax: +41 (0) 22 372 80 05

E-Mail: yves.harder@hcuge.ch



Abb. 2. 51-jährige Patientin nach Mastektomie der rechten Brust (linkes Bild). 35 Monate nach Wiederaufbau der Brust mittels freiem Haut-Fettgewebe-(DIEP)-Lappen vom Bauch (+Hautstraffung) und nachfolgender Rekonstruktion des Brustwarzen-Hofkomplexes (rechtes Bild).