

24. Rezidiveingriffe beim Mamma-Carcinom *

M. Schwaiger

Chirurgische Universitätsklinik, Hugstetterstr. 55, D-7800 Freiburg

Surgery in Recurrences of Breast Carcinoma

Summary. Local recurrences of a tumor generally indicate a poor prognosis, because they are often associated with metastasis. The guidelines for treatment suggested by the author are: radiotherapy should be used first, and surgery as a rule only when radiotherapy has been exhausted or it is not possible. If radiation ulcers occur, extensive palliative resection of the chest wall should be performed. The resulting defect should be covered by means of sliding flaps or Kiricuta sieve grafts rather than direct transfer flaps.

Key words: Carcinoma – Breast – Local recurrence.

Zusammenfassung. Örtliche Geschwulstrezidive kündigen in der Regel die ungünstige Verlaufswendung an, weil häufig mit Metastasierung kombiniert. Therapeutische Richtlinien: Zunächst möglichst Bestrahlungsbehandlung, operative Maßnahmen in der Regel erst bei ihrer Erschöpfung bzw. Unmöglichkeit. Beim Tumor-Strahlen-Ulcus palliative ausgedehnte Brustwandresektion unter weiter Indikationsstellung. Defektdeckung nicht durch freie Transplantate, sondern durch Verschiebeplastiken oder heute besser mittels der sog. Netzplastik von Kiricuta.

Schlüsselwörter: Mamma-Carcinom-Rezidiv.

Die Gefahr der Entwicklung eines lokalen Rezidivs ist um so größer, je fortgeschrittener das Mamma-Carcinom zum Zeitpunkt der Erstoperation war. Die Rezidivfrequenz reicht von rd. 6% der Fälle des Stadium I bis rd. 80% beim Stadium III. Rund 70% der lokalen Rezidive treten im ersten und zweiten postoperativen Jahr auf, rund 25% in den weiteren 3 Jahren. Für das Mamma-Carcinom ist jedoch typisch, daß sogar nach 10, 15 und 20 Jahren Spätrezidive möglich sind.

* Auf die bildliche Wiedergabe der gezeigten Diapositive wird verzichtet

Das Auftreten des Rezidivs kündigt in der Regel die ungünstige Verlaufswendung der Erkrankung an. Aus dem eigenen Material ergibt sich in Übereinstimmung mit großen Statistiken, z. B. von Haagensen, daß $\frac{1}{3}$ der Patientinnen in den ersten 2 Jahren nach Rezidiveintritt ihrem Tumorleiden erliegen, $\frac{1}{3}$ innerhalb von 5 Jahren, $\frac{1}{3}$ überlebt die 5-Jahres-Grenze. Die Ursache liegt darin, daß mit dem Auftreten des Lokalrezidivs oft auch die metastatische Streuung verbunden ist, oder daß kurze Zeit danach die Generalisierung erfolgt. Das Schicksal des Rezidivträgers wird daher in erster Linie von der zusätzlichen Metastasierung bestimmt.

Für die klinische Wertung und die therapeutischen Folgerungen hat sich die Einteilung in 4 Typen nach Haagensen als praktisch wichtig erwiesen:

1. Die lentikulären oder kleinknotigen Absiedlungen im Bereich oder der nächsten Umgebung der Operationsnarbe. Es sind zumeist Implantationsgeschwülste durch intraoperative Carcinomzellverschleppung. Multiple und über den Narbenbereich hinaus verstreute Hautabsiedlungen sprechen für eine weitere Verschleppung im Sinne einer Lymphangiosis cutis carcinomatosa oder eine hämatogene Metastasierung in die Haut.

2. Das Rezidiv in der Axilla – es geht von Tumornestern unwillkürlich oder willkürlich belassener Lymphknoten aus.

3. Die Rezidive in der parasternalen Region. Sie gehen von Metastasen des parasternalen Lymphstranges aus und sind damit die äußere Manifestation eines die Brustwand durchsetzenden Tumorwachstums. Ihre Prognose ist besonders schlecht.

4. Der tiefgreifende ulceröse Brustwanddefekt, das radiogene bzw. radiogen-tumoröse Ulcus.

Für die *Behandlung* der Rezidive stehen Operation und Bestrahlung zur Verfügung. Noch vor 20 Jahren lag das Schwergewicht ganz auf der operativen Therapie, weil sich sehr oft wegen der vorhandenen Strahlenauslastung eine weitere konventionelle Bestrahlungstherapie verbot oder zusätzliche unvermeidliche Strahlenschädigungen nicht zu vertreten waren. Mit der Entwicklung der Megavolt-Technik und der Anwendung ultraharter Strahlen wurden die Voraussetzungen der Strahlentherapie so grundlegend verbessert und erweitert, daß kompetente Radiologen und auch Chirurgen sogar die chirurgische Intervention beim Lokalrezidiv zugunsten der modernen Röntgentherapie ganz ablehnen. Trotz der zweifelsohne berechtigten Ausweitung der Bestrahlungsindikation bleibt auch heute die Operationsindikation sicher gegeben, wenn durch extreme radiologische Vorbelastung und Schädigung der Brustwand jede weitere Strahlenapplikation sich verbietet, wenn die Gefahr der weiteren Provokation einer beginnenden Ulceration durch Bestrahlung abzusehen ist oder wenn seltenerweise eine begrenzte lokale Excision die Chance der radikalen Ausrottung des Rezidivs verspricht.

Im einzelnen heißt das: Knötchen oder Knoten im engsten Narbenbereich sollen excidiert werden, schon um die Diagnose des Lokalrezidivs histologisch zu sichern und Pseudorezidive in Form von Fremdkörpergranulomen auszuschließen. Bei jeder dissiminierten Ausbreitung lentikulärer oder kleinknotiger Absiedlungen über den eng begrenzten Narbenbereich hinaus – die häufigste Rezidivform – soll nicht operiert, sondern immer bestrahlt werden. Dieselbe absolute Indikation zur Bestrahlung besteht auch beim Rezidiv des parasternalen Bereiches. Hier reicht die carcinomatöse Ausbreitung nach Fläche und Tiefe immer weit über den sichtbaren Bereich hinaus,

und die lokale Ausrottung mit dem Messer ist von vornherein unmöglich. Beim Axilla-Rezidiv ist es zweckmäßig, kleine und bewegliche Knoten zu extirpieren; spricht aber der Palpationsbefund für eine infiltrative Verankerung mit der Umgebung und ganz besonders mit dem Gefäßnervenbündel, dann kommt nur die Bestrahlungsbehandlung in Frage. In jedem Falle einer operativen Intervention muß selbstverständlich nachbestrahlt werden, wobei mit dem Begriff Nachbestrahlung immer die modernen Verfahren der Megavolt-Therapie gemeint sind. Bei einer zusätzlichen metastatischen Ausbreitung ist zu den lokalen Maßnahmen selbstverständlich die kombinierte Cytostatica-Therapie bzw. evtl. Hormon-Therapie angezeigt.

Die eigentliche und sicher auch konkurrenzlos erfolgreiche Domäne der operativen Therapie sind die lokalisierten großen, geschwürsgefährdeten Knoten inmitten eines strahlengeschädigten Bezirkes und die radiogenen bzw. radiogen-carcinomatösen Defekt-Ulcera der Brustwand. Die einzige Chance, den in ihren Lebensbedingungen durch die verjauchten, tiefgreifenden Ulcera schwer beeinträchtigten Patientinnen zu helfen, liegt in der radikalen Ausschneidung bis hin zur ausgedehnten Brustwandresektion. Die Größe der Resektion darf durch die Sorge der späteren Defektdeckung nicht beeinflußt werden.

Diese Defektdeckung kann im Prinzip auf 2 Wegen erfolgen: durch freie oder gestielte Transplantation. Von den freien Hauttransplantationen ist generell abzuraten, weil die komplikationslose Einheilung des Transplantates wegen der Vorschädigung des Aufnahmelagers und der unvermeidlichen Infektion des Operationsfeldes in der Regel unmöglich ist. Das Verfahren der Wahl sind daher die gestielten Transplantationen in ihren verschiedenen Techniken:

Es kann die zuerst von Sauerbruch angegebene Defektdeckung durch die Verschiebeplastik mittels der mobilisierten kontralateralen Mamma durchgeführt werden, besser aber halten wir die Verwendung großer mobilisierter Hautweichteillappen aus Rücken oder Bauchpartien.

Dem Rumänen Kiricuta verdanken wir ein neues, geradezu ingenieures Verfahren, die sogenannte Netzplastik, die verdienstvollerweise Vaubel, Berlin, bei uns bekannt gemacht und technisch vervollkommen hat. Dieses Verfahren von Kiricuta besteht darin, daß nach radikaler Ausschneidung des Brustwanddefektes von einer medianen oberen Laparotomie aus das große Netz mobilisiert und durch einen subcutanen Kanal in den ausgeschnittenen Brustwanddefekt verlagert wird. Dieses von der großen Krümmung des Magens her ernährte Netzgewebe findet dank seiner Plastizität auch an einen dürrftigen Mutterboden Anschluß und kann zur glatten Einheilung kommen. Da das große Netz als seröses Organ der Bauchhöhle alle bekannten Eigenschaften der humoralen und cellulären Infektabwehr besitzt, wird es auch mit der meist unvermeidlichen Infektion des Mutterbodens fertig, sehr viel besser jedenfalls, als gestielte Hautweichteillappen. Wenn sich dann nach Einheilung auf der Oberfläche des Netz-Transplantates eine Granulationsgewebsschicht gebildet hat, kann die abschließende Deckung mit Spalthautlappen erfolgen. Wir sind der Überzeugung, daß diese Methode von Kiricuta/Vaubel die beste Lösung der operativen Versorgung der heute gottlob nicht mehr so häufigen strahlen-tumorösen Brustwand-Ulcera ist.

Wenn wir auch durch so große Eingriffe meistens nur einen palliativen Effekt erreichen können, so werden neben der Besserung des Lebenskomforts der Patien-

tinnen doch auch gelegentlich Remissionen von der erstaunlichen Länge einiger Jahre erzielt. Man wird daher, wenn Zeichen einer Generalisierung fehlen und der Allgemeinzustand es erlaubt, eine weitgestellte Indikation für diese eingreifenden großen Rezidiveingriffe unbedingt anerkennen müssen. Den technischen Erfordernissen, die diese Eingriffe stellen, kann nur der in der Allgemein- und Thorax-Chirurgie und in der plastischen Chirurgie in gleicher Weise technisch versierte Chirurg voll gerecht werden.