

1 GELTUNGSBEREICH UND ZWECK

AKH-MUW

Hintergrund: Interdisziplinäre Behandlung als Grundlage für Arbeitsabläufe

Die operative Therapie sowohl gutartiger als auch maligner Veränderungen der Brust erfolgt in einem interdisziplinären Zusammenhang. Optimale Empfehlungen an die Patientin/ den Patienten entstehen aus der Kommunikation folgender Disziplinen:

1. Univ. Klinik für Radiologie
2. Univ. Klinik für Chirurgie
3. Univ. Klinik für Frauenheilkunde
4. Univ. Klinik f. Innere Medizin I
5. Klinisches Institut für Pathologie
6. Univ. Klinik für Strahlentherapie
7. Univ. Klinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
8. Klinischen Psychologen (den Univ. Kliniken für Chirurgie, Frauenheilkunde und Innere Medizin zugeordnet)
9. Studienpersonal (Studienschwestern, wissenschaftliche Mitarbeiter, StudiensekretärInnen; den Kliniken für Chirurgie, Frauenheilkunde und Innere Medizin zugeordnet)
10. Forschungslaboratorien der Univ. Kliniken für Frauenheilkunde, Chirurgie und Innere Medizin I

Zweck:

Die Standardisierung und Erklärung von Arbeitsabläufen

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	Oberarzt	Prof. Dubsy, Prof. Singer	20.7.09	
Geprüft QMkonform	QB	XXX		
Geprüft Inhalt	Abteilungsleiter	XXX		
Freigegeben	Vorstand	XXX	20.7.2009	
Einsichtnahme	Vizerektor	Prof. Zielinski		
Einsichtnahme	Ärztl. Direktor	Prof. Krepler		
Einsichtnahme	Rektor	Prof. Schütz		

1. **Operativer Bereich.** Arbeitsabläufe im Rahmen der operativen Diagnostik und Therapie werden beschrieben. Ebenfalls standardisiert wird die unmittelbare postoperative chirurgische Nachsorge (Wund- und Drainagenmanagement, Frühmobilisation, Komplikationsmanagement).

Geltungsbereich:

Dieses Dokument ersetzt nicht den bestehenden Konsens der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie (ACO; s. mitgeltende Dokumente), der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO; s. mitgeltende Dokumente), oder der Österreichischen Gesellschaft für Senologie (ÖGS) oder der Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSSG). Es beschreibt auf Basis der mitgeltenden Dokumente die sich ableitenden ärztlichen Arbeitsabläufe an den Universitätskliniken für Frauenheilkunde und Chirurgie, und den Partnerdisziplinen der MUW in der Behandlung des Mammakarzinoms.

2 MITGELTENDE DOKUMENTE

1. Consensus Bericht und Manual zum Thema Mammakarzinom: <http://www.aco-asso.at/ag/mamma/mamma.html>
2. AGO Manual zum Thema Mammakarzinom der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie
3. Mammakarzinom: Operative Behandlungskonzepte (Hrsg. Jakesz R, Frey M). SpringerWienNewYork 2007.
4. www.brust.cc
5. <http://www.brustambulanz.info/>
6. Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Senologie
7. Leitlinien der Österr Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
8. „Aufnahmeblatt“ vor der stationären Aufnahme (zu beziehen über die Senologische Ambulanz der Universitätsfrauenklinik (Ebene 8C) und die Chirurgische Ambulanz der Universitätsklinik für Chirurgie (Ebene 7C).
9. ÖBIG Zertifizierungskriterien Brustgesundheitszentren in der jeweils aktuellen Version
10. Beilage: File Maker Datei- Tumorboard Brust
11. www.eusoma.org

3 VORBEREITUNG/VERBRAUCHSMATERIAL

keine

4 VERWENDETE ABKÜRZUNGEN/ BEGRIFFE VERANTWORTLICHKEIT

ABCSG	Austrian Breast and Colorectal Breast Cancer Study Group
ACO-ASSO	Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie, Austrian Society of Surgical Oncology
AGO	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
ADH	Atypische duktale Hyperplasie
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
BGZ-Wien	Brustgesundheitszentrum Wien
CECOG	Central European Cooperative Oncology Group
DCIS	Duktales Carcinoma in situ
EUSOMA	European Society of Mastology
LCIS	Lobuläres Carcinoma in situ
LL	Leitlinie
MRT	Magnetresonanztomographie
MUW	Medizinische Universität Wien
SOP(s)	Standard Operating Procedure(s) (standardisierte Arbeitsabläufe)

5 VERANTWORTLICHKEIT

Für den Inhalt verantwortliche Autoren: Priv. Doz. Dr. Peter Dubsy, Univ. Prof. Dr. Christian Singer

Für die Umsetzung der Leitlinie (LL) sind die Abteilungsleiter der klinischen Abteilungen verantwortlich.

6 ARBEITSABLAUF/TÄTIGKEITSBESCHREIBUNG

A) Operative Therapie

1. SOP zur stationären Aufklärung und zum stationären Management (Bereiche Chirurgie, Gynäkologie und Anästhesie)

a) Grundlage:

Bis zur stationären Aufnahme sollte soweit wie möglich eine Aufklärung über Diagnose und operatives Vorgehen stattgefunden haben.

b) Ablauf/Tätigkeit:

Patientinnen werden stationär aufgenommen. Anamnese, Status und mitgebrachte Befunde werden evaluiert und etwaig fehlende Untersuchungen präoperativ nachgeholt. Es erfolgt ein erneutes detailliertes Aufklärungsgespräch anhand der stationären Aufklärungsbögen. Dabei wird das operative

Vorgehen inklusive der Diagnostik erklärt. Patientinnen sollen auch die Erweiterung eines Eingriffes je nach intraoperativem Befund verstehen und entsprechend schriftlich ihr Einverständnis geben.

c) Verantwortlichkeit : Stationsarzt/Operateur

d) Ergebnis: Anamnese, Status und vorhandene Diagnostik werden vidiert. Die erneute operative Aufklärung und Einwilligung wird schriftlich dokumentiert.

2. SOP zur präoperativen Markierung schlecht oder nicht palpabler Läsionen

a) Grundlage: Nicht palpable Läsionen müssen radiologisch markiert werden, um ein sicheres Auffinden zu erleichtern.

b) Ablauf/Tätigkeit:

Markierungstermine werden bereits aus der Ambulanz oder stationär mit der Radiologie vereinbart.

c) Verantwortlichkeit : Radiologisches Team, Stationsarzt.

d) Ergebnis: Exakte Markierungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, Tumore gezielt zu operieren.

3. SOP zur Einbringung invasiver Karzinome in die ABCSG Tumorbank

a) Grundlage:

Die Untersuchung von Brustkarzinomen in Zusammenhang mit klinischen Daten stellt den Schlüssel zur erfolgreichen translationellen Forschung dar. Im Rahmen der ABCSG werden Brustkarzinome, welche in klinischen Studien behandelt werden sollen, aufbewahrt und für wissenschaftliche Fragestellungen zur Verfügung gestellt. Das entsprechende Protokoll ist durch die Leitethikkommission Wien befürwortet.

b) Ablauf/Tätigkeit:

In Frage kommen invasive Karzinome mit einem Tumordurchmesser >1cm, ohne bekannten Ausschlussgrund für laufende Studienprotokolle. Patientinnen werden aufgeklärt und unterzeichnen die auf den Stationen vorliegende Einverständniserklärung. Das Team der Tumorbank wird informiert. Das Gewebe wird mit den entsprechenden Begleitpapieren zum Gefrierschnitt eingesendet. Die tatsächliche Versorgung des Gewebes erfolgt durch die Pathologie. Die Katalogisierung wird durch das wissenschaftliche Team des BGZ-Wien gewährleistet.

c) Verantwortlichkeit : Stationsarzt, Operateur, Institut f. klinische Pathologie, ABCSG Tumorbank Team

d) Ergebnis:

Eine umfangreiche Tumorbank entsteht mit der Möglichkeit, zahlreiche Fragestellungen aus dem Bereich Therapieansprechen zu beantworten.

4. SOP zur Durchführung operativer Eingriffe (inkl. Zusammenarbeit mit der plastischen Chirurgie und der Gefrierschnittdiagnostik)

a) Grundlage:

Operative Eingriffe in der Behandlung des Brustkarzinomes können in den entsprechenden mitgeltenden Dokumenten (Jakesz, Frey (Hg), 2007, ACO-ASSO Manual, AGO Manual, Granitzka und Siebert (Hg), 2007) im Detail nachgelesen werden. Alle Eingriffe an der Brust werden durch ein speziell geschultes Team des BGZ-Wien durchgeführt. Dabei werden Teaching-Eingriffe durch langjährige Mitglieder des BGZ-Wien überwacht.

Die enge Zusammenarbeit mit der klinischen Pathologie senkt die Rate an notwendigen Zweiteingriffen und erlaubt eine intraoperative Diagnostik (Riedl et al, 2009).

b) Ablauf/Tätigkeit:

Operatives Vorgehen wie beschreiben (Jakesz, Frey (Hg), 2007, ACO-ASSO Manual, AGO Manual). Nach Excision wird das Präparat fadenmarkiert und zur Diagnostik eingesandt. Status der Resektionsränder werden mündlich durchgegeben.

Am BGZ durchgeführte Operationen beinhalten:

1. Brusterhaltende Operationstechniken
2. Modifiziert-radikale Mastektomie
3. Skin-sparing Mastektomie
4. Nipple-sparing Mastektomie (nur im Rahmen eines zukünftig durchgeführten, von der MUW EK genehmigten Studienprotokolles)
5. Autologe Rekonstruktionstechniken (z.B. TRAM-Flap, Latissimus-dorsi Flap)
6. Expanderprothesen und Silikonprothesenrekonstruktionen
7. Angleichende ästhetisch-rekonstruktive Operationstechniken (Pexien, Reduktionsplastiken)
8. Lymphgefäßtransplantation zur Therapie des peripheren Lymphödems
9. Sentinel-Lymphknotenentfernung
10. Axilläre Lymphknotenentfernung

c) Verantwortlichkeit : Ärzteteam BGZ-Wien, Klinisches Institut f. Pathologie

d) Ergebnis: Die Ergebnisse werden an den unten beschriebenen Parametern gemessen (siehe 7. Evaluierung und Kennzahlen).

5. SOP zum postoperativen Management hinsichtlich Wundheilung und Drainagen

a) Grundlage:

Engmaschige Verbandswechsel und Drainagen-Pflege gehören zum chirurgischen Standard.

b) Ablauf/Tätigkeit:

Ein ärztlicher Verbandwechsel mit Entfernung der Brustdrainage wird zwischen dem 1. und 2. postoperativen Tag durchgeführt. Die Entfernung von Vakuum-Drainagen aus der Achsel wird nach einer Fördermenge von <25 - 50ml/24 h durchgeführt.

c) Verantwortlichkeit : Operateur/Stationsarzt

d) Ergebnis: Engmaschige Wundkontrollen und Drainagenpflege können Komplikationen frühzeitig identifizieren.

6. SOP zur prothetischen Versorgung nach ablationierenden Eingriffen ohne Wiederaufbau

a) Grundlage: Der Verlust der Brust stellt ein intensives Trauma dar.

b) Ablauf/Tätigkeit: Die Patientin wird unmittelbar postoperativ über die Möglichkeit einer prothetischen Versorgung aufgeklärt. Entsprechende Schritte zur Versorgung werden eingeleitet.

c) Verantwortlichkeit : Stationsarzt, Operateur

d) Ergebnis: Eine Prothese kann unmittelbar nach Abschluss der Wundheilung angepasst werden. Eine provisorische Prothese wird im Rahmen des stationären Aufenthaltes angepasst.

7. SOP zur frühen Mobilisation nach operativen Eingriffen (Physikalische Therapie)

a) Grundlage: V.a. Eingriffe im Bereich der Axilla können zu erheblichen Bewegungseinschränkungen führen, wenn keine frühzeitige Mobilisation erfolgt.

b) Ablauf/Tätigkeit: Die Patientinnen beginnen bereits unmittelbar postoperativ unter physiotherapeutischer Anleitung mit passiven Bewegungsübungen. Ab dem dritten postoperativen Tag werden aktive Bewegungsübungen unter Anheben des Armes über die Horizontale durchgeführt.

c) Verantwortlichkeit : Universitätsklinik f. Physikalische Therapie und Rehabilitation

d) Ergebnis: Bewegungseinschränkungen sind bei entsprechender Therapie komplett vermeidbar.

8. SOP zur Entlassung aus stationärer Betreuung

a) Grundlage:

- Blande Wundheilung bei entnommenen Drainagen
- Ausreichende Mobilität für häusliche Pflege
- Ausgiebige Information über Wundpflege und postoperatives Verhalten

b) Ablauf/Tätigkeit:

- Abschließendes Informationsgespräch über Therapie und Wundpflege
- Schriftliche Dokumentation der Therapie und des Verlaufes in Form eines Entlassungsbriefes
- Vereinbarung eines ambulanten Kontrolltermines, möglichst gemeinsam mit Besprechung der histopathologischen Aufarbeitung des Präparates.

c) Verantwortlichkeit :

Operateur/Stationsarzt

9. SOP zum Management von Wundkomplikationen

a) Grundlage:

Postoperative Komplikationen können beinhalten

- Hämatome
- Wundinfektionen
- Serome

b) Ablauf/Tätigkeit:

Komplikationen können entweder noch während der stationären Phase identifiziert werden oder zeigen sich im Rahmen der ambulanten Kontrollen. Bedeutung und Therapie der Komplikation werden der Patientin erklärt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Je nach Befund kann auch eine stationäre Betreuung wieder notwendig werden.

c) Verantwortlichkeit : Ärzteteam BGZ-Wien

d) Ergebnis: Operative Komplikationen werden frühzeitig erkannt und stationär oder ambulant behandelt.

Datum	Version	Änderung
	01	Erstellung, erste Freigabe

7 EVALUIERUNG/KENNZAHLEN

Nr.	Messgröße	Zielwert	Messmethode	Messfrequenz	Verantwortung
1	Brusterhaltungsrate	>75%in T1	Auswertung Filemaker/Ac ssTumorboard	jährlich	Chirurgie/Frauen klinik
2	Lokalrezidivrate	<15%@10y (EUSOMA)	Filemaker/Ac ss Datei	jährlich	Chirurgie/Frauen klinik
3	Anzahl an 2. Eingriffen	<15%	Filemaker/Ac ss datei	jährlich	Chirurgie/Frauen klinik
4	% in Studienprotokollen	>20%	Auswertung File Maker/Access datei, Tumorboard	jährlich	Chirurgie/Frauen klinik
5	Onkoplastische Eingriffe	>15%	Auswertung File Maker(Tumorboard	jährlich	Chirurgie/Frauen klinik
6	Verhältnis maligne/benigne Läsionen	3:1	Präparat Review Pathologie	jährlich	Pathologie