

**Brustrekonstruktion bei Mammakarzinom
(interdisziplinär)**

CCC-BGZ-SOP

Gemäß AKH PB „Dokumente u. Aufzeichnungen erstellen und lenken“ Pkt.

gültig ab: 27.03.2017

Version: 02

Seite 1 von 4

1. ANWENDUNGSBEREICH UND ZIEL:

Diese SOP beschreibt den Ablauf zur Brustrekonstruktion bei Mammakarzinom und gilt im Bereich des BGZ / AKH.

2. MITGELTENDE INFORMATION:

keine

3. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN:

AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus
BGZ	Brustgesundheitszentrum Wien
CCC	Comprehensive Cancer Center
MUW	Medizinische Universität Wien
OEL	Organisationseinheitsleitung
QB	Qualitätsbeauftragte/r
SOP	Standard Operating Procedure

4. VERANTWORTLICH FÜR DAS QM-DOKUMENT:

Für den Inhalt verantwortliche Autoren (ohne Titel): Gnant, Singer, Haslik, Schrögendorfer, Radtke, Gschwantler-Kaulich, Fitzal

Brustgesundheitszentrum Wien

Universitätsklinik für Chirurgie: Klinische Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Klinische Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie

Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Universitätsklinik für Innere Medizin I: Klinische Abteilung für medizinische Onkologie

Universitätsklinik für Strahlentherapie

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	MA	Fitzal	27.03.2017	e.h.
Geprüft Inhalt	MA	Singer	12.04.2017	e.h.
Geprüft QM-Konformität	QB	Ujfalusi	24.04.2017	e.h.
Freigegeben BGZ	OEL	Gnant	25.04.2017	e.h.
Freigegeben CCC	OEL	Zielinski	27.04.2017	e.h.
Zur Kenntnis	Ärztl. Direktorin AKH	Kornek	02.05.2017	e.h.
Zur Kenntnis	Rektor MUW	Müller	08.05.2017	e.h.

5. ERLÄUTERUNGEN

5.1. Präambel

Diese Leitlinie soll in diesem speziellen Bereich ein Anhaltspunkt für die gemeinsame Therapie von Patientinnen mit Brustkrebs und gewünschter Rekonstruktion an unseren Kliniken sein. Sie soll als Basis für die gemeinsame Behandlung von Patientinnen mit Mammakarzinom dienen, bei denen eine Brustrekonstruktion vorgesehen ist.

Das gemeinsame Ziel ist eine optimale Behandlung jeder Patientin mit Mammakarzinom mit maximaler onkologischer Sicherheit und gleichzeitigem Ausschöpfen der Möglichkeiten der Wiederherstellung zur Erreichung einer hohen Patientenzufriedenheit und Lebensqualität bei geringer Morbidität.

5.2. Definitionen

- Als Sofortrekonstruktion gilt jeglicher Brustwiederaufbau, welcher zur gleichen Zeit mit der Brustentfernung stattfindet.
- Als verzögerte Sofortrekonstruktion wird ein Brustaufbau nach Brustentfernung bezeichnet, sofern der eigene Brusthautmantel erhalten und ein subkutaner Expander eingelegt wurde.
- Jegliche Rekonstruktion der Brust, welche zeitlich deutlich nach der primären Ablatio stattfindet und der Großteil der eigenen Brusthaut entfernt wurde, wird als Sekundärrekonstruktion bezeichnet.
- Bei der Skin Sparing Mastektomie (SSM; Hautsparende Mastektomie) wird ein Teil des Brusthautmantels erhalten, die gesamte Brustdrüse sowie der Mamillen Areola Komplex (MAK) werden dabei entfernt.

Wenn aus onkologischer und rekonstruktiver Sicht die Erhaltung der Haut und des MAK sicher und sinnvoll ist, spricht man von Nipple Sparing Mastektomie (NSM; Nippel-sparende subkutane Mastektomie) oder subkutaner Mastektomie (SM) In diesem Fall ist eine retromamilläre Biopsie obligat. Der MAK wird dabei entweder als Vollhauttransplantat abgetragen und replantiert oder verbleibt an der Haut gestielt.

5.3. Sofortrekonstruktion

Auf Wunsch der Patientin kann bei jeglicher Indikation für eine Ablatio eine Sofortrekonstruktion durchgeführt werden, sofern keine Kontraindikation vorliegt. Eine exakte Aufklärung muss durchgeführt werden, welche prognostische Kriterien und die möglichen Interaktionen mit radioonkologischer und medizinisch onkologischer Behandlung beinhaltet. Dies ist insbesondere zu beachten und einzuhalten, wenn ein hohes lokales Risiko vorliegt. Diese Aufklärung ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Das Festlegen des gemeinsamen Vorgehens erfolgt üblicherweise im Tumorboard.

Bei indizierter neoadjuvanter Therapie zur Erhöhung der Brusterhaltungsrate aber primär notwendiger Mastektomie geht diese vor einer möglichen Sofortrekonstruktion (eine mögliche Sofortrekonstruktion soll die Entscheidung über eine neoadjuvante Therapie nicht beeinflussen). Sollte die Patientin einer neoadjuvanten Therapie nicht zustimmen, kann eine Sofortrekonstruktion auf Wunsch der Patientin durchgeführt werden. Sollte die neoadjuvante Therapie eine Brusterhaltung nicht ermöglichen, ist die Sofortrekonstruktion möglich, wobei hier bei Progression unter neoadjuvanter Therapie das hohe Lokalrezidivrisiko in die Planung und Aufklärung miteinfließen muss.

Kontraindikationen SSM oder NSM mit Sofortrekonstruktion:

1. Das inflammatorische Mammakarzinom;
2. Sehr hohes Risiko einer R1-Resektion bei der primären Ablatio (hier eventuell verzögerte Sofortrekonstruktion planen), z.B. Karzinom an mehreren Stellen bis zu Haut reichend, multizentrisches lobuläres Karzinom (Magnetresonanztomographie empfehlenswert);
3. Sehr hohes Lokalrezidivrisiko in den ersten Jahren, z.B. mehr als 3 histologisch verifizierte Lymphknotenmetastasen und junges Alter unter 40 oder Progress unter neoadjuvanter Therapie, sollte mit der Patientin klar angesprochen werden; bei Patientinnenwunsch keine Kontraindikationen.

Sonderfall Postmastektomiebestrahlung:

Eine Postmastektomiebestrahlung (PMRT) ist derzeit bei allen Patientinnen mit mehr als 4 positiven axillären Lymphknoten indiziert, zusätzlich werden auch Patientinnen mit 1-3 positiven Lymphknoten und weiteren Risikofaktoren wie Prämenopause, hoher KI67 Status (ab 20%) sowie G3 und L1 als potentielle Kandidaten für eine Postmastektomiebestrahlung gesehen. Weiters inkludieren internationale Empfehlungen pT3 und pT4 Karzinome sowie die Multizentrität. In diesen Fällen ist von einer sofortigen Prothesenrekonstruktion auf Grund der Morbidität Abstand zu nehmen. Sollte die Patientin eine Prothesenrekonstruktion unbedingt wünschen, ist auf das Risiko nochmals deutlich hinzuweisen. In jedem Fall sollte die Bestrahlung immer am Ende der Rekonstruktion durchgeführt werden. Eine Bestrahlung vor fertiger Rekonstruktion führt zu höheren Komplikationsraten bei heterologem und autologem Gewebe.

5.4. Sonderfall Rezidiv und stattgefundene Strahlentherapie der Brust

Auch mehrere Jahre nach Strahlentherapie sind erhöhte Komplikationen wie Wundrandnekrosen und Infektionen sowie Kontrakturen der Brust bei neuerlichen ipsilateralen Eingriffen bekannt. Eine Sofortrekonstruktion bei notwendiger Ablatio kann mit Eigengewebe durchgeführt werden, eine Prothese ist in diesem Fall zweite Wahl und es sollte ein Expander verwendet werden. Eine SSM oder NSM ist je nach Hautzustand und vorheriger Narbe von der Einschätzung des rekonstruierenden Chirurgen/der rekonstruierenden Chirurgin abhängig und nach genauer Aufklärung der Patientin über die erhöhten Wundrandnekrosen planbar.

5.5. Sekundärrekonstruktion

Solange die Patientin lokal kein Mammakarzinom hat ist von onkologischer Seite keine Kontraindikation bekannt. Der Zeitpunkt ist im Einzelfall individuell zu wählen, dieser hängt vor allem von den Wundverhältnissen, individuellem Risiko für Komplikationen (Diabetes, Nikotinabusus, Adipositas, Voroperationen, Thromboseanamnese, kardiovaskuläre Erkrankungen usw.) und der vorherigen Strahlentherapie ab. Aus onkologischer Sicht gibt es hier keine zeitlichen Einschränkungen. Klar diskutiert gehört das hohe Lokalrezidivrisiko in den ersten Jahren wie auch bei der Indikation der Sofortrekonstruktion.

6. LITERATUR

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

7. ÄNDERUNGEN

Datum	Version	Änderung
31.03.2014	01	Erstellung, erste Freigabe
27.03.2017	02	Dokument komplett überarbeitet