Mastektomie? Warum denn jetzt?

G.		Kammer
----	--	--------

Bern

Dr. G. Kammer, Marktgasse 45, CH-3011 Bern (Schweiz)

Mit meinem Referat möchte ich weniger auf die technischen als auf die psychologischen Probleme hinweisen, die sich heute dem frei praktizierenden Chirurgen bei der Behandlung des Mammakarzinoms stellen. Noch vor einem Jahrzehnt schien die Situation einfach: Entweder gebrauchte der Pathologe das ominöse Wort Karzinom, dann bedeutete das für die Patientin eine Halsted-Amputation, oder es war eben kein Karzinom, dann liess man die Brust in Ruhe, und der Patient kam gar nicht dazu, eine eigene Meinung zu haben. Dass sich diese Situation geändert hat, möge kurz ein Fall illustrieren:

Communications se rapportant au 3e sujet principal

167

Eine 44jährige Frau kommt mit ihrem Ehemann in die Sprechstunde, um meine Meinung zu hören. Vor 1 ½ Jahren hatte sie erstmals in ihrer rechten Brust ein Knötchen gespürt, das von ihrem Arzt als gutartig taxiert wurde, nachdem zwei Mammographien keine Anhaltspunkte für Malignität zu zeigen schienen. Da sie der Sache nicht traute, hatte sie später einen zweiten Arzt aufgesucht, der bei einer Feinnadelpunktion maligne Zellen fand und nun umgehend die radikale Mastektomie durchführen wollte. Vor diesem Eingriff schreckte das Paar zurück und kam nun noch zu mir mit dem Anliegen, wenn irgendwie medizinisch vertretbar, eine brusterhaltende Operation durchzuführen. Mit dem Ehemann, von Beruf Mathematiker, verbrachte ich eine Stunde mit Wahrscheinlichkeitsrechnungen, und wir einigten uns, dass bei «günstiger» Histologie nur eine Lumpektomie gemacht werden sollte.

Es handelte sich dann um ein Lobulärkarzinom mit wenig szirrhösen Anteilen, zum Teil ins Fettgewebe infiltrierend; die Axillardrüsen zeigten eine deutliche Sinushistiozytose ohne Tumorbefall. Es blieb somit bei einer ausgiebigen lokalen Tumorexzision mit ästhetisch gutem Resultat.

Nach der Operation wurde die Patientin regelmässig kontrolliert. Rechts, auf der operierten Seite, war der Befund nach Abklingen des postoperativen Ödems klinisch und thermographisch unauffällig. Links hingegen zeigte sich nach einiger Zeit zunehmend lateral der Mamille eine warme, nach Abkühlung ziemlich dynamische Zone. Die Feinnadelpunktion zeigte kubische Zellen mit verstärkter Kerngrössenvariation und zum Teil deutlichem Nukleolus, eine Biopsie schliesslich das Bild einer ausgeprägt proliferativen Mastopathie, Grad 3 nach Prectel.

Palpatorisch war der Befund vage, eine sichere lokale Exzision im Gesunden kaum praktikabel. Als ich der Patientin eröffnete, man sollte jetzt eine subkutane Mastektomie durchführen, reagierte sie ziemlich perplex: «Was, beim Karzinom habt ihr mir die Brust belassen, und jetzt, auf die blossе Vermutung hin, es könnte sich etwas entwickeln, wollt ihr mir sie wegnehmen!» Ich dringe nicht auf eine sofortige Entscheidung, wir können ja ruhig ein paar Monate warten. Bei der nächsten Besprechung bin ich, von der Haltung der Patientin beeinflusst, etwas wankend.

Sie, die unterdessen, wie sie mir nachher gesteht, innerlich zur subkutanen Mastektomie bereit gewesen ware, merkt dies prompt und macht einen Rückzieher. Wir ergehen uns wieder in Pro- und-Kontra-Diskussionen.

Das Beispiel möge zeigen

wie weit der Ermessensspielraum für die Behandlung eines Mammatumors geworden ist

wie wir aber oft auf unsicherem Boden stehen. Wer möchte heute beweisen

ob man bei einem lokalisierten Karzinom eine Brust erhalten darf

ob man bei einer fortgeschrittenen Mastopathie die Brustdrüse entfernen muss oder ob das

Gegen-teil richtig sei. Dies bringt es mit sich

dass wir mit dem Patienten diskutieren müssen. Vom blossen Operationsobjekt ist er zum Partner

geworden. Wenn wir uns diese Diskus-sion zu einfach machen

werden wir unglaublich; wenn wir zu weit gehen

kommen wir leicht ins Schwimmen

und es besteht die Gefahr

dass sowohl der Patient als auch wir psychologisch überfordert sind.