30 Jahre brusterhaltende Karzinomchirurgie (1963–1993)

Th.		Dimpfl
T.		Genz

I. Univers.-Frauenklinik München (Direktor: Prof. Dr. G. Kindermann)

Dr. Th. Dimpfl, I. Univers.-Frauenklinik, Maistraße 11, D-80337 München

Zwischen 1963 und 1993 umfaßte unser chirurgisches Behandlungskonzept einer malignen Geschwulst der Brust neben der Ablatio auch den organerhaltenden Ein-griff, die großzügige Tumorektomie. Die Qua-drantektomie wurde aufgrund kosmetisch un-befriedigender Ergebnisse wieder verlassen. Die obligate Radiatio der Restbrust begann in der Regel 6 Wochen nach der Operation bis zu einer Gesamtdosis von 50 Gy über tangentielle Felder. Ab 1979 wurde abhängig vom nodalen Status die systemische Behandlung durchgeführt.

Patientinnen und Methode

In der Universitäts-Frauenklinik Berlin-Charlotten-burg sowie der I. Frauenklinik der Universität München wurden zwischen 1963 und 1993 insgesamt 1102 Frauen wegen eines Malignoms der Brust organerhaltend be-handelt. Der Anteil der brusterhaltend therapierten Patientinnen am Gesamtkollektiv von über 3500 Frauen lag bis Anfang der 80er Jahre um 20 %. In der Folge der er-sten eigenen Ergebnisse stieg dieser kontinuierlich auf den heutigen Stand von 60% [3].

Ergebnisse

Nach morphologischer Untersuchung an Groß-flächenschnitten wurde bei 161 Frauen die Mastektomie, bei 63 eine Nachresektion indiziert. Ein sekundärer Ein-griff wurde von 34 Frauen abgelehnt. Somit resultiert eine Zahl von 941 brusterhaltend operierten Patientinnen. Der prozentuale Anteil der Nachresektionen im Rahmen des operativen Ersteingriffes blieb bei 6% über den ge-

samten Zeitraum relativ konstant. Dagegen nahm die Rate der sekundär durchgeführten Mastektomien bei einer großzügigeren Indikationsstellung und dem Wunsch der Patientinnen nach organerhaltendem Vorgehen bei den chirurgischen Primäreingriffen zu.

Zur Charakterisierung unseres Krankengutes zeigen wir die Verlaufsdaten und die Überlebensraten dieser Patientinnen auf: Während der bis zu 30jährigen Beob-achtungszeit schieden 1,3 % der Frauen aus. Von 178 (18,9%) verstorbenen Frauen trat bei 91 der Tod als Folge der Grunderkrankung, bei 87 Patientinnen hin-gegen aufgrund anderer Ursachen ein. Nach 10 Jahren lebten 80,1 %, nach 20 Jahren 45,9 % der Frauen.

Während der Nachbeobachtungszeit kam es bei 152 Frauen zum erstmaligen Auftreten eines Rezidivs. Dieses wurde in 52 Fällen ausschließlich intramammär, in 12 regionär und in 88 generalisiert diagnostiziert.

Ein Kritikpunkt an der brusterhaltenden Therapie ist eine höhere Rate an Lokalrezidiven gegenüber der Ent-fernung des gesamten Drüsenkörpers. Die Zeitspanne von der Primärbehandlung bis zum Auftreten des 1. Rezidivs war unabhängig von dessen Lokalisation - rein intramammär oder regionär bzw. generalisiert. Von 52 lokalen Rezidiven traten 35 im Quadranten des Pri-märtumors, 17 in einem anderen auf.

Als Therapie der lokalen Wiedererkrankung schlugen wir eine Ablatio mammae vor, die von 35 Frauen akzeptiert wurde. 17 Patientinnen lehnten die verstümmelnden Eingriff ab und stimmten lediglich einer Nachresektion (12 Frauen) oder nur einer alleinigen Radiatio (5 Frauen) zu. Im weiteren Verlauf nach intramammärem Erstrezidiv blieben knapp 2/3 der Patientinnen ohne erneuten Rück-fall. In 19,2% allerdings kam es zum 2. Lokalrezidiv.

lokal (n = 52)

regionär u. generalisiert (n = 100)

120 180 240 300
Monate nach 1. Rezidiv

Abb. 1. Überlebenszeit nach dem 1. Rezidiv.
15,4% der Frauen erlitten eine Generalisierung der Erkrankung. Die Überlebenszeit nach dem 1. Rezidiv (Abb. 1) war deutlich abhängig von dessen Lokalisation. Patientinnen mit ausschließlichem lokalem Rezidiv hatten gegenüber denjenigen mit regionärem Rezidiv bzw. Generalisation der Erkrankung eine statistisch signifikant verlängerte Überlebenszeit.

Statistische Auswertung

Um diese Ergebnisse zu objektivieren, nahmen wir an unserem Patientengut die Multivariatanalyse mittels der Cox Regression vor. Dabei zeigten sich als statistisch signifikante Risikofaktoren für ein Lokalrezidiv:

Tumor nahe an den Rand

Multifokalität

Grading

Die in der Literatur häufig angegebenen Risikofaktoren wie Tumorgroße, vaskuläre Invasion (Hämangiosis und Lymphangiosis carcinomatosa) und Alter [1, 2, 4] hatten in unserem Kollektiv keine Bedeutung.

Zusammenfassung

Die organerhaltende Therapie bei einem Malignom der Brust ist heute eine etablierte Behandlungsmethode. In unserem Kollektiv von 941 Frauen, die wir innerhalb der letzten 30 Jahre beobachten, nahm der Anteil von organerhaltenden Eingriffen von anfänglich 20% auf 60% kontinuierlich zu. Die Überlebensrate der Frauen betrug nach 10 Jahren 80,1%, nach 20 Jahren 45,9%. Insgesamt beobachteten wir bei 152 Frauen ein Erst-rezidiv, davon bei 52 ein alleinig intramammäres. Die Überlebenszeit nach lokalem Rezidiv war statistisch signifikant länger als nach regionären bzw. generalisierten Rezidiven. Mit Hilfe der Multivariatanalyse ließen sich folgende Risikofaktoren als statistisch signifikant für das Auftreten eines Lokalrezidivs ermitteln: Tumor bis nahe an den Rand, Multifokalität und Grading.

Literatur

Fisher B: Entwicklung, Technik und Ergebnisse der brusterhaltenden Therapie. In: Brustkrebs, Organerhaltung und Rekonstruk-tion. Bohmert H (ed.). Thieme, Stuttgart-New York 1989. S. 42–63.

v. Fournier D, Kubli F, Bastert G, Engel K, Anton H-W, Müller A: Die brusterhaltende Behandlung des Mammakarzinoms: Ergebnisse. Risiken. neue Entwicklungen. Geburtsh. u. Frauenheilk. 51 (1991) 959–968. Genz T, Schmidt-Gollwitzer M, Pachaly J, Meyer R-D, Lax H, Kindermann G: Erfahrungen mit der brusterhaltenden Karzinom-chirurgie (Berliner Studie 1963–1982). Geburtsh. u. Frauenheilk. 46: 567, 1986.

Kurtz JM, Spitalier JM, Almaric R et al.: Mammary recurrences in women younger than forty.
Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 15
(1988). 271–276.

86

Dimpfl/Genz

30 Jahre brusterhaltende Karzinomchirurgie (1963–1993)