

Evidenz und Möglichkeiten der Lungen- und Lebermetastasen Chirurgie

Prof. Dr. Steffen Leinung, Chirurgische Klinik II, Universität Leipzig AÖR

Bei Patientinnen mit hepatischen bzw. pulmonalen Metastasen eines Mamakarzinoms ist die erreichbare R0-Resektion die Voraussetzung für die Planung einer Leber- bzw. Lungenteilresektion [1]. Mit Verbesserungen der Resektionstechniken in den letzten 30 Jahren existiert zur chirurgischen Behandlung von kolorektalen Metastasen eine ausgezeichnete, zur chirurgischen Behandlung von Mamakarzinometastasen eine gute Datenlage.

Im differentialdiagnostischen Management fraglicher Lungenrundherde kann die videoassistierte Thoraxchirurgie (VATS) eine klare histologische Abklärung mit R0-Resektion einzelner Lungenrundherde über zwei bis drei ein Zentimeter lange Hautinzisionen leisten. Dabei wird die sichere Entfernung auch tiefer liegender Lungenrundherde durch Lokalisation und Markierung mit einem Spiraldraht erreicht [2].

Für eine kurative Resektion von Lungenmetastasen wird eine 5-Jahresüberlebensrate von bis zu 35 % angegeben [1]. Eine Metastasenresektion ist indiziert bei Ausschluss extrapulmonaler Metastasen bzw. bei individuellen Entscheidungen, die zu einer R0-Situation führen. Postoperativ wird eine systemische Therapie angeschlossen [1]. Eine Meta-

stasenresektion ist durch Klemmenresektion, 1318-nm Nd:YAG-Laser sowie Ultraschalldissektionstechniken möglich [3,4]. In großen Patientenkollektiven (n = 328) von Lungenmetastasen Chirurgie sind die häufigsten Primaria Kolorektum, Niere und Mamma [3]. Das wichtigste, auch chirurgienabhängige Prognosekriterium ist eine R0-Resektion [3].

In prospektiven Studien zur Lebermetastasenresektion (n = 39–85) beim Mamakarzinom als Primärtumor wird ein 5-Jahresüberleben von 38–46 % erreicht [5,6,7]. Die Letalität liegt bei 0, die Morbidität wird mit 13–22 % angegeben, wobei hier im Vordergrund Gallenlecken und (infizierte) Flüssigkeitsverhalte stehen [5].

Aktuelle Fortschritte in der Onkologie werden durch das optimale Timing multimodaler Therapien erreicht. Die Viszeral- und Thoraxchirurgie sollte aus diesen Gründen in die interdisziplinäre Planung der multimodalen Therapie einbezogen sein.

Referenzen

1. Kreienberg R, Kopp I, Albert U et al. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mamakarzinoms. München Wien New York: W.Zuckschwerdt Verlag 2008; 1–298.
2. Eichfeld U, Dietrich A, Ott R, Klöppel R. Video-assisted thoracoscopic surgery for pulmonary nodules after computed tomography-guided marking with a spiral wire. Ann Thorac Surg 2005; 79: 313–316.



3. Rolle A, Pereszlenyi A, Koch R, Richard M, Baier B. Is surgery for multiple lung metastases reasonable? A total of 328 consecutive patients with multiple-laser metastatectomies with a new 1318-nm Nd:YAG laser. J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 131: 1236–1342.
4. Eichfeld U, Tannapfel A, Steinert M, Friedrich T. Evaluation of ultracision in lung metastatic surgery. Ann Thorac Surg 200; 70: 1181–1184.
5. Thelen A, Benckert C, Jonas S, Lopez-Hänninen E, Sehoul J, Neumann U, Rudolph B, Neuhaus P. Liver Resection for Metastases from Breast Cancer. J Surg Oncol 2008; 97: 25–29.
6. Adam R, Aloia T, Krissat J et al. Is liver resection justified for patients with hepatic metastases from breast cancer? Ann Surg 2006; 244:897–908.
7. Pocard M., Pouillart P, Asselain B et al. Hepatic resection in metastatic breast cancer: Results and prognostic factors. Eur J Surg Oncol 2000; 26:155–159.

PROGRAMM

Lokale Therapie von Metastasen
Freitag, 31. Oktober 2008
14.30–16.00, Raum: C 1.1.2

Evidenz und Möglichkeiten der Lungen- und Lebermetastasen Chirurgie
S. Leinung

S3-Leitlinie – Interventionen

Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendtland, Radiologisches Institut – Gynäkologische Radiologie, Universität Erlangen-Nürnberg

Die Intervention stellt das Bindeglied zwischen Diagnostik und Therapie des Mamakarzinoms dar.

Interventionen

Die histologische Diagnostik abklärungsbedürftiger Befunde soll durch Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie oder offene Biopsie erfolgen. Perkutane Interventionen sollen nach den Qualitätsempfehlungen durchgeführt werden. Die FNB kann nicht als Standardmethode empfohlen werden. Die interventionell gesteuerte Gewebeprobengewinnung zur histopathologischen Diagnosesicherung und Therapieplanung soll erfolgen bei: mammographischen Befunden BI-RADS™ IV und V und/oder sonographischen Befunden US-BI-RADS™ IV oder V und/oder magnetresonanztomographischen Befunden MRT-BI-RADS™ IV oder V. Bei der interventionellen, vorzugsweise sonographisch gesteuerten Stanzbiopsie sollten ≥ 4 Proben bei ≤ 14 G entnommen werden. Bei Vorliegen von Mikrokalk sollte vorzugsweise die stereotaktisch gesteuerte Vakuumbiopsie eingesetzt werden. Die Vakuumbiopsie sollte auch bei MRT-gesteuerter Gewebegewinnung eingesetzt werden. Die stereotaktische Vakuumbiopsie soll standardisiert erfolgen. Der Zugangsweg und die Nadelpositionierung („stroke margin“) sind

zu dokumentieren. Zur Dokumentation der korrekten Nadelpositionierung sind erforderlich: 3 Projektionen nativ, 2 Projektionen vor Nadeleinschuss sowie 2 Projektionen nach Biopsie. Es sollten ≥ 12 Proben bei Verwendung einer 10-G-Nadel gewonnen werden. Bei anderen Kalibern (zwischen 8-G und 11-G) sollte die Anzahl der Probenentnahmen ein äquivalentes Probenvolumen erbringen. Eine Präparatradiographie, die zur Dokumentation des Biopsieerfolges notwendig ist, soll in Vergrößerungstechnik durchgeführt werden. Ein technischer Erfolg liegt bei Nachweis repräsentativer Mikrokalkanteile vor. In Abstimmung mit dem jeweiligen Pathologen kann die Identifizierung der Mikrokalk enthaltenden Zylinder sinnvoll sein. Nach der Gewebeatnahme durch Vakuumbiopsie (spätestens am folgenden Arbeitstag) soll eine Mammographie der biopsierten Brust in 2 Ebenen erfolgen. Nach minimalinvasiver bildgebungsgeleiteter Gewebegewinnung soll die Ergebniskontrolle durch Korrelation der bildgebenden Diagnostik mit dem histopathologischen Befund erfolgen. Bei histopathologisch benignem Befund sollte eine bildgebende Kontrolle mit der ent-

sprechenden Modalität nach 6 Monaten erfolgen.

Offene Exzisionsbiopsie

Die operative Qualitätssicherung für die offene diagnostische Exzision von mammographisch detektierten Läsionen soll in Anlehnung an die Leitlinien der Europäischen Kommission erfolgen. Das Operationsziel (diagnostisch, therapeutisch) sollte eindeutig definiert werden. Bei der präoperativen Drahtmarkierung nicht tastbarer Befunde soll der Draht den Herd penetrieren und den Herd um weniger als 1 cm überragen. Wenn der Draht den Herd nicht penetriert, soll die Entfernung zwischen Draht und Herdrand ≤ 1 cm sein. Bei nicht raumfordernden Prozessen kann eine Markierung des operationsrelevanten Zielvolumens sinnvoll sein. Die präoperative Markierung und der bildgebende Nachweis einer adäquaten Resektion sollen bei nicht tastbaren Veränderungen grundsätzlich erfolgen. Die Exzision ausschließlich sonographisch detektierter Befunde soll durch eine intraoperative Präparat-sonographie kontrolliert werden. Das Operationsmaterial soll topographisch eindeutig markiert und ohne Inzision



am gewonnenen Gewebematerial an den Pathologen gesandt werden. Die intraoperative Dignitätsfestlegung durch Schnellschnitt soll nur ausnahmsweise erfolgen. Voraussetzungen für einen Schnellschnitt an Operationspräparaten der Mamma sind:

1. Die Läsion ist intraoperativ und im Präparat palpabel.
2. Die Läsion ist groß genug (im Allgemeinen > 10 mm).

Referenzen

- Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland, 1. Aktualisierung. München – Wien – New York: W. Zuckschwerdt Verlag 2008.
- Kurzfassung der aktualisierten Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland 2008. RoeFo 2008; 180: 455–465.
- Kurzfassung der aktualisierten Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland 2008. GebFra 2008; 68: 251–261.
- Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland 2008. Der Chirurg 2008; 6: 589–594.
- 2008 update of the guideline: early detection of breast cancer in Germany. J Cancer Res Clin Oncol 2008; Jul 26 (Epub ahead of print).

PROGRAMM

Qualitätskontrolle in der Radiologie: Update Mammadiagnostik
Donnerstag, 30. Oktober 2008
17.00–18.30, Raum: C 1.1.2

S3-Leitlinie – Interventionen
R. Schulz-Wendtland